

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1971 — N°

PLANIFICATION DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE A L'ENFANCE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le

1971

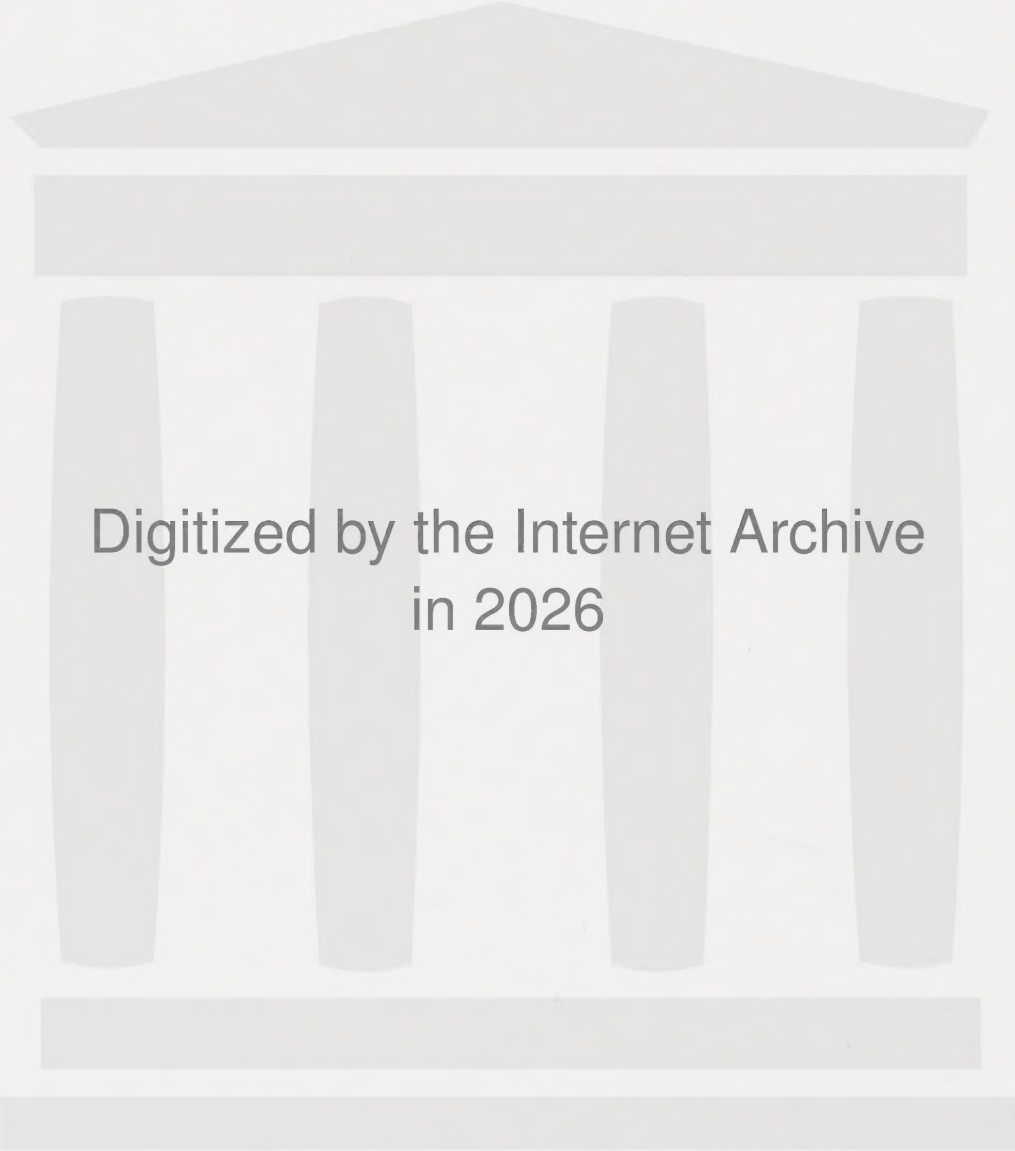
par

REDJEMI née KACI-MAHAMMED Fatima

née le 4 Mars 1943 à MECHERIA

Membres du Jury :

MM. M. A. MERIOUA, Professeur de Pathologie Médicale	} Président
Kh. BENMILOUD, Maître de Conférences Agrégé (Psychiatrie)	
M. L. KEBBOUCHE, Maître de Conférences Agrégé (Hygiène et Médecine Préventive)	} Juges
J. P. GRANGAUD, Maître de Conférences Agrégé (Pédiatrie)	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554820_0004

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1971 — N°

PLANIFICATION DE L'ASSISTANCE
PSYCHIATRIQUE A L'ENFANCE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le

1971

par

REDJEMI née KACI-MAHAMMED Fatima

née le 4 Mars 1943 à MECHERIA

Membres du Jury :

MM. M. A. MERIOUA, Professeur de Pathologie Médicale **Président**

Kh. BENMILOUD, Maître de Conférences Agrégé (Psychiatrie)

M. L. KEBBOUCHE, Maître de Conférences Agrégé (Hygiène et Médecine Préventive) **Juges**

J. P. GRANGAUD, Maître de Conférences Agrégé (Pédiatrie)

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1971 - 72

PSYCHIATRIQUE A L'ENFANCE
PLANIFICATION DE L'ASSISTANCE



THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(1971)

Présentée et soutenue publiquement le

1971

REDJEMI née KACI-MAHAMMED Fatima

née le 4 Mars 1943 à MICHEMIN

Membres du Jury :

M. M. A. MESSIAH, Président du Jury et Médecin

M. BENHABIB, Membre du Jury et Médecin

M. L. KISSBOUCH, Membre du Jury et Médecin

M. L. KISSBOUCH, Membre du Jury et Médecin

M. L. KISSBOUCH, Membre du Jury et Médecin

M. L. KISSBOUCH, Membre du Jury et Médecin

- SERMENT D'HIPPOCRATE -

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples et selon la tradition
d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle
aux lois de l'honneur et de la probité dans
l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de
mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue
taira les secrets qui me seront confiés et mon état
ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser
le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes
Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction
que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois
couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE :

A MON PERE ET A MA MERE

Ce jour est pour eux une juste
compensation à leurs sacrifices.

A MON MARI ET A NOS ENFANTS

A TOUTE MA FAMILLE ET BELLE FAMILLE

En témoignage de mon affection.

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur MERIOUA

Dont les conseils et l'enseignement nous
ont été si précieux tout au long de nos études.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Nous le prions de trouver ici l'assurance
de notre profonde gratitude.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur Kh. BENMILLOUD

Qui nous a fait l'honneur de nous confier ce sujet de thèse. Nous lui sommes très reconnaissante de la bonté et de la bienveillance avec lesquelles il nous a accueillie dans le service de Psychiatrie et de l'enseignement si précieux qu'il nous a toujours prodigué.

Nous sommes heureuse de pouvoir lui exprimer aujourd'hui tous nos sentiments de profonde admiration et d'infinie gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé KEBBOUCHE

Il a accepté avec beaucoup de bienveillance de juger notre travail. Il a au cours de nos années d'étude attiré notre attention sur les problèmes d'hygiène et de prévention qui se posent à notre pays.

Nous l'en remercions et lui exprimons notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé GRANGAUD

Nous avons pu durant notre stage de pédiatrie bénéficier de son enseignement. Ses qualités humaines autant que sa valeur professionnelle sont pour nous un exemple précieux.

C'est pour nous aujourd'hui un grand plaisir de le voir siéger parmi nos juges.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

A TOUTE L'EQUIPE DE LA CLINIQUE
UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE.

A TOUS CEUX QUI ONT PARTICIPE A
LA REALISATION DE CE TRAVAIL.

" L'ENFANT EST LE PERE
DE L'HOMME "

WODSWORTH

I N T R O D U C T I O N

// INTRODUCTION //

Depuis 1969 nous participons au fonctionnement de la Consultation de Psychiatrie Infantile du CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE D'ALGER, en qualité de Médecin consultant.

Grace à l'expérience acquise dans cette consultation, nous avons pu dégagé deux notions qui nous paraissent fondamentales :

- les problèmes posés par la psychiatrie infantile dans notre pays sont essentiellement des problèmes d'hygiène mentale.

- Qu'elle pose également un problème médico-social car si ces enfants doivent être suivis sur le plan médical, ils présentent surtout des difficultés d'adaptation sociale dont il convient de définir les modalités d'assistance. Or chacun sait qu'en psychiatrie infantile, prévention, diagnostic et thérapeutique sont inséparables de la réadaptation sociale.

Actuellement l'assistance psychiatrique à l'enfance dans le Grand ALGER se résume à l'existence d'une consultation de psychiatrie infantile à l'Hôpital MUSTAPHA fonctionnant tous les matins et ce depuis 7 ans et accueillant tous les enfants de la naissance à 15 ans.

Dans le cadre de cette consultation, nous avons été handicapés par plusieurs points :

- avant tout par le personnel réduit composé de :

- . un médecin
- . deux psychologues
- . une rééducatrice
- . une assistante sociale
- . deux aides soignants.

pour un nombre de consultants que nous avons dû limiter au chiffre de 2000 par an alors que la demande est bien supérieure.

- Ensuite par la difficulté de faire pratiquer à titre ambulatoire des examens paracliniques indispensables à l'établissement d'un diagnostic étiologique.

- Par l'impossibilité, avant la création du service de psychiatrie infantile, de mettre en observation certains malades.

- Enfin si dans certains cas une thérapeutique pouvait être prescrite à titre ambulatoire, souvent elle demandait à être complétée par une intervention psychopédagogique visant à la réadaptation sociale de ces enfants. Or, nous ne disposons actuellement pour toute la Wilaya d'ALGER que d'un centre médico-pédagogique situé à DOUERA (25 kms d'ALGER) d'une capacité totale de 40 lits et accueillant des enfants d'intelligence normale et présentant des troubles du caractère réactionnels associés à des difficultés scolaires. Il existe également une école de perfectionnement située à BEN-AKNOUN, et accueillant les enfants qui souffrent d'une débilité mentale légère. La capacité de cette école est également nettement insuffisante.

Toutes ces difficultés nous ont incité à nous pencher sur ces problèmes et à tenter de définir les modalités d'une assistance psychiatrique à l'enfance pour le Grand ALGER. C'est là le but de notre travail.

 PREMIERE

 PARTIE

//CHAPITRE P R E M I E R

I/MATERIEL ET METHODE DE TRAVAIL/

Pour évaluer les besoins réels en matière d'assistance psychiatrique à l'enfance pour le Grand ALGER, il nous fallait un échantillon de malades représentatif de la consultation de psychiatrie infantile du CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE D'ALGER.

Nous avons pour cela établi un questionnaire où étaient recueillies toutes les données susceptibles de nous intéresser tant sur le plan du diagnostic que sur le plan des étiologies et avons durant quatre mois, du premier Octobre 1969 au 31 Janvier 1970 vu nous mêmes tous les malades qui se présentaient à la consultation.

Nous avons pu ainsi recueillir 410 questionnaires qui ont pu être exploités.

Nous les avons classés en plusieurs catégories diagnostiques par ordre de fréquence.

Nous avons ensuite traité statistiquement les résultats. Ainsi pour chacune des catégories nous avons calculé une fréquence.

$$f = \frac{n}{N}$$

(n = effectif de la catégorie
(N = effectif total de l'échantillon = 410).

Cette fréquence f a été multipliée par 100 pour obtenir des pourcentages généralement plus lisibles.

Cette fréquence est une fréquence estimée puisque nous n'avons pas toute la population des consultants. Mais il est possible de calculer la marge d'erreur que nous commettons au seuil de $P = 05$ (J.M. FAVERGE " Méthodes de statistiques en psychologie appliquée "). Cette marge (limite de confiance pour les fréquences) s'obtient par :

$$f_1 = f + 1,96 \sqrt{\frac{f \times (f - 1)}{N}}$$

$$f_2 = f - 1,96 \sqrt{\frac{f \times (f - 1)}{N}}$$

Nous avons rapporté les valeurs ainsi obtenues à un effectif de 2000 individus qui est le nombre de malades consultants par an, soit $2000 \times f_1$ et $2000 \times f_2$ pour avoir une estimation du nombre de malades annuel pour chacune des catégories.

Nous limiterons notre sujet à l'assistance psychiatrique à l'enfance et ne traiterons pas dans ce travail des problèmes de l'adolescence et donc de l'assistance aux adolescents.

II/ DEPOUILLEMENT BRUT DES DOSSIERS. CLASSEMENT EN CATEGORIES/

Le dépouillement brut des questionnaires nous a permis de les classer en ix catégories par ordre d'importance quantitative soit en :

- arriérations mentales
- troubles du caractère et du comportement
- épilepsies
- troubles affectifs et troubles névrotiques
- troubles du langage
- les autres affections tels :
 - . les troubles psychotiques
 - . les troubles sensoriels
 - . les troubles neurologiques
 - . les troubles psychomoteurs.

Dans la catégorie arriérations mentales nous avons considéré toutes les arriérations mentales quel que soit leur niveau, ainsi que celles associées à d'autres troubles, tels les troubles du caractère et du comportement et l'épilepsie, l'arriération mentale étant la cause primordiale de l'inadaptation sociale de l'enfant.

De même ont été classés dans la deuxième catégorie les troubles du caractère et du comportement associés à l'épilepsie.

Nous avons groupé dans la même rubrique les troubles affectifs et les troubles névrotiques car ils présentent actuellement à notre consultation deux points communs :

- leur fréquence. Peu importante en 1969, elle subit une nette augmentation déjà constatée en 1970 parcequ'avec l'urbanisation, l'industrialisation, l'élévation du niveau de vie, les motifs de consultation subiront une évolution et le nombre d'enfants consultant pour troubles mineurs de la relation ira en augmentant.

- La qualité des troubles qui paraissent relativement minimales comparativement aux trois rubriques précédentes car moins bruyants.

Pour chacune des catégories nous avons pu calculer sa fréquence par rapport aux 410 dossiers qui constituent notre échantillon. Nous avons obtenu les résultats que résume le tableau suivant :

Tableau 1 (fréquence des affections rencontrées, classées en catégories, par rapport à l'échantillon de 410 dossiers).

AFFECTIONS RENCONTREES	N. ABSOLU	POURCENTAGE
Arriérations mentales	189	46,09%
Troubles du caractère et du comportement.	83	20,24%
Epilepsies	73	17,80%
Troubles affectifs et troubles névrotiques	41	10%
Troubles du langage	13	3,17%
AUTRES { troubles psychotiques { troubles sensoriels { troubles neurologiques { troubles psychomoteurs	11	2,68%

III/ETUDE ANALYTIQUE DES DIFFERENTES CATEGORIES/

(A) ARRIERATIONS MENTALES

Elles viennent en tête des différentes catégories. Elles sont fréquentes certes, mais également l'affection qui attire davantage l'attention des parents par les troubles qu'elle entraîne, les difficultés d'adaptation scolaire qui en découlent.

Pour définir la notion d' arriération mentale les auteurs ont recours à divers critères :

- le critère psychométrique appliqué à partir du travail de BINET et SIMON qui définit la notion de quotient intellectuel : (Q I). Nous ne pouvons actuellement retenir ce critère en ALGERIE étant données que les épreuves utilisées n'ont pas encore pu être validées dans le contexte scolaire national mais surtout on ne dispose pour ces épreuves que d'étalonnages étrangers. Il est donc à craindre que les quotients intellectuels que nous obtenons ne soient impossibles à interpréter et ne puissent par conséquent servir de critère dans la définition de l'arriération.

- Le critère d'adaptation sociale. Si actuellement la population algérienne est essentiellement rurale et donc plus tolérante, elle s'urbanise, s'industrialise, s'instruit et donc deviendra plus exigeante et comme pour la plupart des pays où l'enseignement est obligatoire la notion d'arriération mentale sera intimement liée à celle de la capacité scolaire.

- Enfin le critère biologique qui avec le progrès en matière de **biologie** cérébrale deviendra dans l'avenir le critère essentiel dans la définition des arriérations mentales.

Pour classer les arriérations mentales en fonction du degré de l'atteinte intellectuelle, nous nous sommes basés essentiellement sur la clinique et les données de l'anamnèse. Nous avons accordé une grande importance lors de l'examen clinique à la présentation de l'enfant, son faciès, à l'entretien avec l'enfant, à l'acquisition ou non du langage (l'organisation verbale étant impossible dans les arriérations mentales profondes) enfin à la scolarisation et aux acquisitions scolaires.

C'est ainsi que les déficients intellectuels qui ont acquis le langage, qui ont fait quelques acquisitions scolaires après deux ans de scolarisation au moins entrent dans le cadre des débilés légers. Ceux qui ont acquis le langage mais qui au bout de deux ans de scolarisation au moins ne savent ni lire, ni écrire, ni compter constituent le groupe des débilés moyens. Enfin ceux qui n'ont pas acquis le langage, qui ont des atteintes neurologiques importantes, qui sont grabataires, menant une vie purement végétative sont des débilés profonds (idiots et imbéciles).

Nous avons pu ainsi étudier la distribution des arriérations mentales en fonction du degré d'atteinte intellectuelle. Ce qui résume le tableau suivant :

Tableau I (classification des arriérations mentales selon le degré d'atteinte intellectuelle).

NIVEAU INTELLECTUEL	N. ABSOLU	POURCENTAGE
Débilés mentaux légers	83	43,9%
Débilés mentaux moyens	61	32,2%
Débilés mentaux profonds.	45	23,9%

Signalons plusieurs points importants relatifs à ces arriérations mentales et qui peuvent avoir une incidence sur la décision thérapeutique.

- En premier lieu l'âge de ces malades qui sont souvent vus tard.

- En second lieu c'est le médecin d'hygiène scolaire ou l'instituteur qui nous adressent les déficients intellectuels qui ont pu bénéficier d'une scolarisation normale mais qui ne s'y adaptent pas.

- Enfin et c'est le cas le plus fréquent, les parents nous présentent leurs enfants pour une autre affection associée au déficit intellectuel. Il s'agit souvent d'une épilepsie convulsive ou de troubles du caractère et du comportement comme le montre le tableau suivant :

Tableau III. (Fréquence des oligophrénies simples et associées à d'autres affections)

Oligophrénies pures	85	44,9%
Associées à Epilepsie	55	28,9%
Associées à troubles du caractère et du comportement	47	24,7%
Associées à d'autres troubles neurologiques.	2	

Enfin devant chaque oligophrénie la recherche d'une étiologie s'impose.

Pour cela en dehors des examens paracliniques élémentaires tels - le fond d'oeil, la radiographie du crane et l'électroencephalogramme, nous nous sommes basés essentiellement sur les données d'une anamnèse bien conduite et de la clinique pour établir un diagnostic étiologique.

C'est ainsi que dans notre échantillon dans 44% des cas nous avons pu rattacher l'arriération mentale à une cause et dans 56% des cas nous n'avons pu trouver aucune étiologie vus les moyens dont nous disposons.

Comment se distribuent par ordre de fréquence les principales étiologies rencontrés. C'est ce qui illustre le tableau IV.

Tableau IV. (Diagnostic étiologique des 189 arriérations mentales relevées dans notre échantillon).

Par anoxie néonatale	26	13,75%
Post méningoencephalitique	19	10%
Post-méningitique	7	3%
Oligophrémie mongolienne	12	6%
Par hydrocephalie	5	2%
Hyperbilirubinémique	5	2%
Maladie de LITTLE	4	2%
Post-traumatique	3	1%
Métabolique (HURLER)	1	0
Etiologie indéterminée	107	56%

(B) LES TROUBLES DU CARACTERE ET DU COMPORTEMENT

Nous en avons décompté 83 dans notre échantillon. Comment les définir ?

.. HEUYER décrit le caractère comme l'ensemble des tendances émotivo-affectives, héréditaires ou acquis qui règlent les rapports de l'individu aux conditions du milieu.

Il lui en reconnaît trois sens :

- l'origine constitutionnelle
- la dépendance du milieu
- au sens large enfin le caractère désigne le complexe psychologique individuel.

.. L'expression troubles du comportement fut retenue par la commission de la nomenclature du premier Congrès Mondial de Psychiatrie (1950). Comportement est la traduction de BEHAVIOR (WATSON), il suppose une appréciation des faits et gestes du sujet vus de l'extérieur, une interprétation " objective " de ses mouvements, attitudes et actes.

Les troubles du caractère et du comportement donnent lieu à une inadaptation qui se manifestera dans le cadre familial qui tolérera de moins en moins l'enfant et dans le milieu scolaire à type de refus, échec, indiscipline, inintégration au groupe, passivité.

Cette inadaptation peut d'autre part déborder ces cadres et se manifester par des réactions anti ou asociales, prédélinquance puis délinquance.

Ces troubles du caractère et du comportement nécessitent une intervention thérapeutique différente selon qu'il s'agit de troubles du caractère et du comportement, expression d'une lésion cérébrale comme c'est le cas dans l'épilepsie ou les séquelles de traumatisme crânien avec commotion cérébrale, ou de troubles du caractère

et du comportement réactionnels à des situations conflictuelles vécues.

A propos de ce dernier point signalons que dans le cas de la majorité de nos consultants, il s'agit essentiellement de troubles liés à une carence quantitative de soins et d'attention des parents vis à vis des enfants et ce pour différentes raisons :

- la plus importante étant les polyfratries : il y a une moyenne de 7 enfants par famille.

- L'indisponibilité de la mère épuisée par les grossesses, les travaux ménagers, la vie combien difficile en milieu urbain pour ces femmes transplantées, inadaptées à ce nouveau mode de vie qu'elles connaissent depuis l'indépendance avec l'afflux des populations rurales vers les villes.

- L'indisponibilité du père préoccupé à assurer la seule subsistance de sa nombreuse famille.

- Enfin l'enfant est souvent livré à lui-même et passe la plus grande partie de son temps dans la rue.

C'est ainsi que dans notre échantillon parmi les 83 cas de troubles du caractère et du comportement :

- 46 sont réactionnels à une carence affective
- 9 secondaires à un traumatisme du crâne
- 5 aux deux causes précédentes intriquées.

La proportion de ces différents types des troubles du caractère et du comportement est nettement significative comme le montre le tableau suivant :

Tableau V. (Principales étiologies des troubles du caractère et du comportement).

Troubles du caractère et du comportement réactionnels	46	55%
Autres étiologies	23	27%
Troubles du caractère et du comportement post-traumatiques.	9	10%
Troubles du caractère et du comportement post-traumatiques et réactionnels.	5	6%

Nous remarquons que 61% des troubles du caractère et du comportement relevées dans notre échantillon sont réactionnels à un milieu familial vécu par l'enfant comme frustrant.

Devant tout enfant consultant pour troubles du caractère et du comportement nous avons pensé à rechercher systématiquement l'épilepsie.

Ainsi dans notre échantillon nous avons pu noter 35 cas d'épilepsies dont 13 épilepsies généralisées type grand mal ou petit mal ou les deux associés. 17 épilepsies temporales à expression psychomot et 13 cas présentant un électroencéphalogramme perturbé.

Nous avons calculé comme le montre le tableau suivant les proportions de ces épilepsies par rapport à nos 63 cas de troubles du caractère et du comportement.

Tableau VI. (Types d'épilepsies rencontrées chez les enfants souffrant de troubles du caractère et du comportement).

Epilepsies généralisées type grand mal et petit mal	18	21,68%
Epilepsies partielles temporales	17	20,48%
Electro-encephalogramme perturbé (épilepsies électriques)	11	15,66%
Total.....	46	55,42%

Comme nous l'avons dit au début du chapitre, ces enfants qui souffrent des troubles du caractère et du comportement présentent une inadaptation scolaire.

Nous avons en effet dans notre échantillon recherché le nombre d'enfants qui présentaient déjà au moment de la consultation des difficultés scolaires. Nous en avons dénombré 45, soit une proportion de 54,21%. Plus de la moitié qui sont d'intelligence normale et devraient comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce travail bénéficier d'une intervention psychopédagogique associée au traitement médical.

(C) LES EPILEPSIES PURES

Nous avons dénombré 73 cas d'épilepsies pures, ~~non~~ associées à d'autres affections. En fait à côté de ces 73 cas d'épilepsies pures, il faudrait considérer les 44 cas associés aux troubles du caractère et du comportement, les 42 cas associés à l'arriération mentale et les 13 cas associés aux 2 à la fois et que nous avons étudiés dans les rubriques précédentes. Nous avons alors un total de 172 cas d'épilepsies dans notre échantillon, soit les 41,35% des malades consultants.

Cette proportion nous paraît importante mais nous ne pouvons affirmer que ce chiffre est représentatif de la morbidité réelle de l'épilepsie infantile à ALGER. En effet, il n'y a pas à notre connaissance d'enquête épidémiologique faite sur ce sujet en ALGERIE que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain.

Signalons que selon les travaux et les pays, les taux énoncés varient entre 2,5 et 6,2% ce qui est malgré tout considérable.

Quant aux types d'épilepsies observés, il est commun de considérer que l'épilepsie chez l'enfant est influencée dans son expression par la maturation cérébrale. En effet PASSOUANT (1959) distingue 4 stades évolutifs de l'épilepsie :

- " dans les premières semaines de la vie les décharges restent focales. Les crises sont sous corticales et l'immaturité de l'écorce cérébrale ainsi que le

manque de relation entre la formation réticulée et le cortex empêchent l'extériorisation des décharges nées en profondeur.

- A partir des premiers mois les décharges focales sont fréquentes;elles diffusent souvent mais leur organisation est incomplète; les signes épileptiques peuvent être diffus comme l'hyperarythmie et le petit mal variant. C'est vers le quinzième mois que les crises tonico-cloniques se caractérisent.

- Aux premières années la synchronisation de la décharge épileptique est plus importante. C'est à ce moment que l'on observe les crises type petit mal, type grand mal et que l'épilepsie psychomotrice est organisée.

- A la puberté l'organisation cérébrale se rapproche de celle de l'adulte, les décharges de petit mal s'atténuent, l'épilepsie focale se précise ".

Dans le cadre de notre consultation, les enfants sont souvent vus tard, la moyenne d'âge de consultation de ces enfants épileptiques est de 8 ans $\pm$ 3 pour les garçons et 9 ans $\pm$ 3 pour les filles; ce qui explique les types cliniques observés dans notre statistique comme le montre le tableau suivant.

Tableau VII. (Types cliniques de l'épilepsie rencontrés dans l'échantillon).

TYPES CLINIQUES DE L'EPILEPSIE	TOTAL	POURCENTAGE
Généralisées type Grand mal	43	58,90%
Généralisées type petit mal	6	8%
Généralisées type grand mal et petit mal	7	9%
FOCALES (Bravais-Jacksoniennes	3	4,10%
(Temporales	14	18,20%

Pour ces 73 cas d'épilepsies simples nous avons tenté de rechercher une étiologie. Pour 11 cas l'épilepsie est apparue dans les suites d'un traumatisme du crâne, pour 8 cas dans les suites d'une méningite. Pour 3 de nos malades nous avons noté une anoxie néonatale dans les antécédents et enfin pour 51 cas nous n'avons trouvé aucune étiologie.

Les proportions de ces étiologies se distribuent comme l'indique le tableau suivant :

Tableau VIII. (Principales étiologies retrouvées dans l'épilepsie pure).

Epilepsie post-traumatique	11	15%
Epilepsie post-méningitique	8	10%
Antécédent anoxique péri ou néo-natal	3	4%
Etiologie indéterminée	51	69%

Signalons également que dans 20 cas sur 73 il a été noté des crises épileptiques chez les ascendants, soit dans 27,3% des cas.

Enfin et parce qu'ils conditionnent l'insertion de l'enfant dans le milieu social, nous avons recherché l'existence de difficultés scolaires associées.

Sur 73 cas nous avons noté 19 cas qui présentaient des difficultés scolaires, soit les 26% de l'ensemble des épilepsies pures et 54 cas qui ne présentaient aucune difficulté scolaire soit dans 73% des cas.

(D). LES TROUBLES AFFECTIFS ET LES TROUBLES NEVROTIQUES

Nous avons dit au début de ce chapitre les raisons pour lesquelles nous avons classé les troubles affectifs et les troubles névrotiques dans la même catégorie.

Comment définir les troubles affectifs et les troubles névrotiques ?

- G. CHABALIER dit de l'affectivité " qu'elle est un aspect fondamental de la personne comme l'intelligence avec qui elle s'interpénètre intimement dans tout le vécu... On peut la considérer comme le résultat d'une dialectique élaborante par l'interdit de l'être profond primitif tout de désirs et d'égoïsme, que s'ouvre à l'autre au cours du débat dramatique de l'existence. C'est dire son caractère essentiellement relationnel ".

- AJURIAGUERRA (Manuel de Psychiatrie de l'enfant) à propos des organisations névrotiques de l'enfant écrit " si l'on veut définir la notion de névrose avec une certaine liberté et en restant en dehors du problème purement pathogénique, on peut dire qu'entrent dans le cadre des névroses des désordres fonctionnels de type relativement mineur, dont l'adulte a la conscience morbide et qui tout en déréglant plus ou moins ses conduites sociales n'entraînent pas une rupture complète avec la réalité. Les névroses infantiles (isolées relativement tard au cours de l'évolution de la psychiatrie ou reconnues comme telles surtout après l'étude rétrospective des névroses de l'adulte) présentent des particularités qui leur sont propres et leurs limites en sont encore plus faibles; elles ne peuvent être comprises que dans le cadre de la dynamique évolutive de l'enfant ".

- A. FREUD admet que le symptôme névrotique ne fait que traduire l'équilibre fragile entre le moi

ayant perdu toute possibilité adaptative et des exigences pulsionnelles entièrement soumises au principe de plaisir.

Dans le cas de nos malades nous distinguons les troubles affectifs des troubles névrotiques pour plusieurs points :

- les troubles affectifs chez l'enfant ne comportent pas le caractère structuré d'une névrose.

- Les troubles affectifs sont essentiellement des troubles de la relation de l'enfant avec son monde, se traduisant surtout par de l'anxiété, de l'inhibition, des troubles du langage, des troubles moteurs (bégaiement, tics, enuresie), des troubles psychomoteurs (maladresse, syncinésies) enfin et surtout des difficultés scolaires.

- Il y a troubles névrotiques lorsqu'apparaissent des symptômes de lutte contre l'angoisse (phobie, hypocondrie, obsessions).

Dans notre échantillon nous avons relevé 13 cas où des traits névrotiques étaient apparus et 28 cas chez lesquels des troubles affectifs étaient notés.

Bien que nos chiffres soient faibles pour les raisons exposées en début de chapitre, nous en avons calculé les proportions indiquées sur le tableau suivant :

Tableau IX. (Fréquence des troubles névrotiques
et troubles affectifs)

Troubles névrotiques	13	3,17%
Troubles affectifs	28	6,82%

Sachant comme le dit G. CHABALTIER que la croissance affective est l'évolution au contact d'autrui qui permet à l'enfant dans l'intimité de son être de se structurer en intériorisant pour les faire siennes, les valeurs de toute nature qui lui sont proposées et dans lesquelles il baigne. L'âme de ce développement est la relation d'identification. Deux attitudes peuvent la gêner, la carence ou l'excès ressentis ou réels des conduites d'apports, " nous avons tenté de faire une étude du milieu familial de ces enfants présentant des difficultés relationnelles.

Nous avons obtenu les résultats résumés dans le tableau suivant :

Tableau X. (Caractéristiques du milieu familial
des enfants souffrant de troubles affectifs)

CARACTERISTIQUES DU MILIEU FAMILIAL	N. ABSOLU	POUR- CENTAGE
Enfants abandonnés recueillis à la Cité de l'Enfance	5	17%
Carence paternelle	3	10%
Carence maternelle	9	32%
Erreurs éducatives	7	25%
Rivalité fraternelle	2	7%
Pas de renseignements	2	7%

Avant de passer à l'étude des troubles névrotiques faisons une remarque relative aux enfants abandonnés et recueillis à la Cité de l'Enfance.

Ces enfants nous ont tous été présentés par des assistantes sociales, soit pour leur comportement, soit parcequ'ils présentaient des difficultés scolaires.

Ces enfants en dehors du fait qu'ils étaient abandonnés à la naissance, avaient tous été confiés par les soins de la Cité de l'Enfance à des nourrices, jamais la même car nous avons noté au moins 4 changements

durant la première enfance. Ces nourrices qui sont payées pour la garde de ces enfants ne nous ont pas paru capables d'être pour eux des substituts maternels. Enfin ces enfants se présentaient tous comme des débiles physiques et des débiles affectifs.

Pour ce qui est des cas souffrant de troubles névrotiques, nous avons recherché les principaux symptômes névrotiques rencontrés. Nous avons noté :

Tableau XI. (Fréquence des symptômes névrotiques rencontrés)

Traits hystériques	!	7	!	53%
Traits phobiques	!	5	!	38%
Traits obsessionnels	!	1	!	7%

Ces principaux traits hystériques rencontrés sont essentiellement des crises névropathiques à type soit de crises convulsives, soit de crises syncopales, ou des manifestations somatiques type hypocondriaques.

Parmi les principaux traits phobiques nous avons relevé de la claustrophobie, de phobies d'animaux, des frayeurs nocturnes.

Comme trait obsessionnel le seul cas de notre échantillon présentait une arhythmomanie et il avait une thymie dépressive.

Ces résultats sont parallèles à ceux observés en psychiatrie adulte à ALGER où l'hystérie vient en tête des névroses, la classique névrose obsessionnelle étant encore très rare.

L'étude du milieu des enfants souffrant de troubles névrotiques nous a permis de noter les caractéristiques suivantes :

Tableau XII. (Caractéristiques du milieu familial des enfants souffrant de troubles névrotiques).

CARACTERISTIQUES DU MILIEU FAMILIAL	N. ABSOLU	POURCENTAGE
Carence paternelle	3	23%
Carence maternelle	1	7%
Erreurs éducatives	9	69%

Enfin pour les deux rubriques nous avons recherché d'autres troubles associés qui pouvaient avoir une incidence sur l'orientation thérapeutique. Nous avons relevé essentiellement des troubles de l'articulation du langage, des troubles moteurs à type de bégaiement, énurésie et surtout des difficultés scolaires.

C'est ce qu'illustre le tableau suivant :

Tableau XIII. (Autres troubles associés aux troubles affectifs et névrotiques).

ASSOCIATIONS	! TROUBLES ! AFFECTIFS	! TROUBLES ! NEVROTQUES	! TOTAL
Difficultés scolaires associées à troubles du langage.	3	0	3
Difficultés scolaires sans troubles du langage	15	5	20
Troubles du langage sans difficultés scolaires	3	0	3
Pas d'associations	7	8	16

Notons que sur 41 cas, 33 présentaient des difficultés d'adaptation scolaire soit les 80,4%.

(E) LES TROUBLES DU LANGAGE

En plus de ceux mis au chapitre précédent à cause des troubles affectifs et névrotiques importants qui leur sont associés, nous en avons isolé 13.

Parce qu'ils doivent bénéficier d'une rééducation en orthophonie nous avons également groupé dans cette rubrique les bégaiements avec les troubles de l'articu-

lation du langage et les retards simples du langage et de la parole.

Ils se distribuent comme suit :

Tableau XIV. (Les différents types de troubles du langage rencontrés).

Troubles de l'articulation du langage	7	53 ⁶⁶ / ₁₀₀
Retards simples du langage	4	30 ⁰⁰ / ₁₀₀
Bégaiements	2	15 ⁰⁰ / ₁₀₀

Ces troubles du langage lorsqu'ils ne sont pas réduqués donnent lieu à des difficultés d'adaptation scolaire et sociale.

(F). AUTRES AFFECTIONS RENCONTREES

Dans ce dernier chapitre nous avons mis les 11 autres dossiers parmi lesquels nous trouvons :

- 3 cas de psychoses infantiles
- 3 cas présentant des troubles sensoriels dont une surdimutité, une hypoacousie, une cécité.
- 2 cas souffrant de troubles neurologiques, autres que l'épilepsie et non associés à l'un des troubles cités aux chapitres précédents.

- Enfin 2 cas où les troubles psychomoteurs sont au premier plan du tableau clinique.

Ces résultats ne nous paraissent pas significatifs pour plusieurs raisons:

avant tout pour ce qui est des psychoses infantiles, si nous n'avons pu isoler que 3 sur 410 dossiers cela ne signifie guère qu'il y a peu de psychoses infantiles dans le grand ALGER, mais parcequ'en premier lieu nos malades pour des raisons socio-culturelles ne consultent pas pour des troubles mineurs (leur moyenne d'âge de consultation se situe entre 7 et 11 ans). Ils sont donc vus à un stade où il est difficile de distinguer une psychose de la démence qui l'a compliquée et ces enfants sont alors classés parmi les oligophrénies, avec gros troubles du caractère et du comportement.

En deuxième lieu, il nous a été jusqu'ici impossible de mettre en observation les malades suspects par l'absence de service d'hospitalisation de psychiatrie infantile qui vient juste d'être créé.

Ce point est important car R.A. GREENE trouve une institution de déficients mentaux 5,8% de psychotique et B. GOLDBERG et H.H. SOPER relèvent une incidence de 5,1%. En fait il est toujours très difficile d'affirmer dans ces cas s'il s'agit d'oligophrénie qui s'est psychotisée ou d'une psychose secondairement démentifiée.

Pour ce qui est troubles psychomoteurs, R.LAFON dit de la psychomotricité qu'il s'agit " du résultat de l'intégration et de l'interaction de l'éducation et de la

maturation des synergies et des conjugaisons des fonctions motrices et psychiques non seulement en ce qui concerne les mouvements et les expressions observables, mais encore en ce qui les détermine et les accompagne ".

Il distingue les déficits psychomoteurs par lésions organiques, l'infantilisme moteur ou débilité motrice de DUPRE, les perturbations localisées de la maturation et de l'activité psychomotrices par atteintes diverses réalisant les divers types décrits par WALLON, les troubles psychomoteurs d'origine affective, la perturbation de la tension psychomotrice ou instabilité psychomotrice.

Pour notre part, nous n'avons distingué dans cette rubrique que les troubles psychomoteurs d'origine affective; les autres associés à des troubles neurologiques ou à une arriération mentale ont été étudiées dans ces rubriques.

Ces troubles psychomoteurs d'origine affective qui entraînent souvent échec scolaire et problèmes familiaux, régressent bien si une rééducation psychomotrice est entreprise.

IV/ BESOINS REELS- ESTIMATION DU NOMBRE DE MALADES ANNUEL/ / DE CHAQUE CATEGORIE/

Nous avons dans les chapitres précédents fait l'étude analytique des 410 dossiers de malades vus en consultation externe du 1er Octobre 1969 au 31 Janvier 70,

or nous avons durant l'année 1969 examiné 879 malades nouveaux cas et 1119 anciens cas.

En 1968 il a été vu également à peu près 2000 malades dont 800 nouveaux cas; enfin le dépouillement des dossiers de malades vus en 1970 nous donne les mêmes proportions. Donc si nous considérons que dans le cadre d'une consultation externe de psychiatrie infantile, il a été vu régulièrement 2000 malades, si nous considérons que pour ce qui est du Grand ALGER et avec les moyens dont nous disposons, le chiffre des malades vus dans les trois dernières années reste invariable, on peut, pour évaluer les besoins en matière d'assistance psychiatrique ramener les résultats obtenus au chiffre de 2000 tout en calculant évidemment les limites de confiances.

Nous obtenons les résultats qu'illustre le tableau suivant :

Tableau XIV (Nombre de malades annuel de chaque catégorie).

AFFECTIONS RENCONTREES	POURCENTAGE SUR 410	NOMBRE DE MALADES AN- NUEL DE CHAQUE CATEGORIE	
		VALEUR ABSOLU	POURCENTAGE
Arriérations mentales	46,09	(1018,44	(50,92
		(825,45	(41,27
Troubles du caractère et du comportement	20,24	(482,58	(24,12
		(327,16	(16,35
Epilepsies	17,80	(430,05	(21,50
		(282,13	(14,10
Troubles affectifs et troubles névrotiques	10	(258,90	(12,90
		(141,99	(7,09
Troubles du langage	3,17	(97,13	(4,85
		(29,69	(1,49
Autres	2,68	(84,77	(4,23
		(22,54	(1,12

Ces chiffres sont éloquentes. En une année, sur 2000 malades qui se présentent en consultation externe en psychiatrie infantile, il est détecté entre 1018 et 825 arriérés, entre 482 et 327 enfants souffrant de troubles du

caractère et du comportement, entre 430 et 282 épilepsies pures, entre 258 et 141 troubles affectifs et névrotiques, enfin entre 97 et 29 troubles du langage.

L'on pourrait nous dire que pour chacune de ces catégories de malades, il est possible d'en diminuer les fréquences si une prévention est faite.

En effet pour ce qui est de l'arriération mentale, les arriérations post-anoxiques retrouvées dans une proportion de 18,75% se chiffreraient en nombre absolu entre 142 et 145 par an. De même les arriérations post-infectieuses retrouvées également dans 13% des cas varient entre 132 et 145 par an. Enfin les régressions post-traumatiques retrouvées à une faible proportion dans notre statistique mais qui semblent plus importants de même que les oligophrénies hyperbilirubinémiques et métaboliques sont susceptibles également de prévention.

Mais il reste 56% des cas pour lesquels nous n'avons pas d'étiologie (50% dans les statistiques internationales), susceptible d'être prévenue et donc qui demandent une assistance spéciale. Cette assistance nécessite l'existence d'instituts médico-pédagogiques spécialisés et adaptés au niveau de l'arriération.

Nous avons vu dans notre étude analytique que 76% des arriérés mentaux sont adaptables et peuvent tirer profit d'un placement en institut médico-pédagogique. Le nombre absolu de ces arriérés adaptables, éducatibles vus durant une année est compris entre 627 et 773.

De même pour ce qui est troubles du caractère et du comportement, si l'on peut prévenir ceux liés à une atteinte centrale (traumatismes crânio-cérébraux) 54,21% de ces enfants ne peuvent, malgré leur intelligence normale, s'adapter à une scolarité normale.

Ils demandent donc à être soutenus sur le plan médico-psychopédagogique. Leur chiffre annuel en valeur absolue est compris entre 176 et 258.

Quant aux épileptiques purs si dans 73% des cas, ils ne présentent pas de difficultés d'adaptation scolaire et peuvent donc fréquenter l'école de tous, ils doivent être suivis sur le plan médical longtemps sinon toute la vie, d'où la nécessité de prévoir une infrastructure médico-sociale, permettant de suivre ces enfants à titre ambulatoire.

Les 80% des enfants souffrant de troubles affectifs et troubles névrotiques, soit un chiffre annuel allant de 112 à 211 présentant des difficultés scolaires et doivent relever d'un enseignement spécial doublé d'une intervention médicale de type psychothérapique.

Enfin, tous les troubles du langage, les troubles de la psychomotricité observés nécessitent une rééducation adéquate qui peut être faite à titre ambulatoire dans les services spécialisés par des rééducatrices spécialisées.

Quels sont les âges de consultation de ces enfants dans les différentes catégories diagnostiques ?

Parmi les enfants souffrant d'arriération mentale, on distingue 114 garçons et 75 filles. Les garçons consultent entre 7 ans et 11 ans s'ils souffrent de débilité mentale légère, entre 4 et 10 ans en cas de débilité mentale moyenne; enfin entre 3 et 7 ans en cas d'arriération mentale profonde. Les filles consultent entre 6 et 12 ans en cas de débilité mentale légère, entre 2 et 10 ans en cas de débilité mentale moyenne, enfin entre 3 et 7 ans si elles souffrent d'arriération mentale profonde.

Nous avons dénombré 64 garçons et 18 filles qui souffraient de troubles du caractère et du comportement. Leurs âges de consultation se situent pour les garçons entre 5 et 11 ans et pour les filles entre 8 et 10 ans. Les enfants présentant des troubles affectifs et névrotiques constituent un total de 42 dont 19 garçons et 23 filles. Leur âge de consultation se situe entre 6 et 12 ans pour les garçons et 8 et 10 ans pour les filles.

Tableau XVI. (Ages en année de consultation des malades des principales catégories).

C A T E G O R I E S	GARCONS	FILLES
ARRIERATION MENTALE		
- débilité légère	9 $\pm$ 2	9 $\pm$ 3
- débilité moyenne	7 $\pm$ 3	6 $\pm$ 4
-- débilité profonde	5 $\pm$ 2	5 $\pm$ 2
TROUBLES DU CARACTERE ET DU COMPORTEMENT	8 $\pm$ 3	9 $\pm$ 1
TROUBLES NEVROTQUES ET AFFECTIFS	9 $\pm$ 3	9 $\pm$ 1

Nous voyons donc que quelle que soit l'affection, les enfants consultent tard en pédopsychiatrie; en gros entre 7 et 9 ans et c'est le plus souvent l'échec scolaire qui motive cette consultation.

//) DEUXIEME // CHAPITRE

// SYNTHESE GENERALE - PROFIL DE LA PEDOPSYCHIATRIE //

I/ CARACTERISTIQUES GENERALES

De l'étude analytique des différents dossiers recueillis durant ces quatre mois de consultation nous pouvons retenir les caractéristiques générales suivantes :

1) Les arriérations mentales viennent au premier plan. Parmi elles nous distinguons :

- 43,9% de débiles mentaux légers pouvant tirer profit d'une scolarisation spéciale qui leur permette d'acquérir leur autonomie et répondre eux mêmes à leurs propres besoins, susceptibles aussi de rentrer un jour dans le monde du travail, d'y trouver et d'y conserver une place modeste mais sans assistance et sans tutelle.

- 32,2% de débiles mentaux moyens qui sous l'influence d'une assistance médicopsychopédagogique sont susceptibles d'une certaine amélioration, de s'adapter à un poste de travail mais qui à priori auront toujours besoin d'une assistance portant soit sur les conditions de vie, soit sur les conditions de travail, soit sur les deux.

- 23,9% d'arriérés mentaux profonds qui correspondent aux imbéciles profonds et idiots, qui s'ils ne peuvent bénéficier d'aucune scolarisation, ils sont toujours dressables, améliorables par une assistance appropriée.

Dans notre statistique nous avons donc 76,1% de débiles légers et moyens qui peuvent tirer profit d'une assistance médicopédagogique contre 23,9% d'oligophrènes profonds qui sont dressables.

Selon les auteurs la fréquence relative des débiles, imbéciles et idiots varie suivant les méthodes d'enquête et les milieux choisis comme l'illustre le tableau suivant.

TABLEAU XVII. (Fréquence relative des débiles, imbéciles et idiots selon les auteurs et les pays).

AUTEURS	PAYS	POPULAT. ETUDIEE	DEB	IMB	IDIOTS
H. YANNET	U.S.A. 1957	Arriérés de la popul. générale	75%	20%	5%
H. YANNET	U.S.A. 1957	Arriérés institutionnalisés	40%	30%	30%
G. VEIT	ALLEMAGNE 1940	Arriérés dépistés durant la période scolaire	86%	12%	2%
KEMP	DANNEMARCK 1954	Arriérés population générale	85%	10%	5%
H.D. AKESSON	SUEDE	Arriérés population rurale	66,7	28%	5,13%
L.S. PENROSE	ANGLETERRE 1938	Arriérés institutionnalisés	49%	34%	17%
J. CONSTANTINIDIS	GENEVE 1962	Arriérés dépistés durant la période scolaire.	35,6	9%	5,4%

De plus la fréquence des arriérations mentales étudiées dans les pays occidentaux, par des investigations fondées surtout sur des critères psychométriques varie entre 1,5 et 5,5% suivant les statistiques faites parmi les enfants d'âge scolaire. Aucune statistique de cet ordre et basée sur le dépistage scolaire et dans la population générale du grand ALGER n'a été faite.

A la lumière de ce que nous avons observé à notre consultation nous pouvons seulement dire que nous voyons un nombre important d'oligophrénies, que ce sont les oligophrénies légères qui dominent, que l'âge de consultation de ces enfants est tardif comme nous l'avons vu, enfin qu'ils sont pour 90% d'entre eux habitants d'ALGER.

Nous avons également relevé les points importants concernant les différentes étiologies de ces arriérations mentales.

Nous retrouvons dans 13,75% des cas une anoxie à la naissance importante ayant parfois nécessité une réanimation de plus de 15 minutes.

Dans 13% des cas il s'agit d'une arriération mentale séquelle de méningite ou de méningoencéphalite.

Or nous connaissons la proportion encore importante dans notre pays de méningites purulentes, tuberculeuses, virales de même que celles des encéphalites post-infectieuses en particulier des coqueluches éruptives.

Si l'encéphalite post vaccinale est rare (1/2000 vaccinations selon une statistique du service des maladies infectieuses d'EL-KETTAR) de même que l'encéphalite varicelleuse, de la rubéole ou de la scarlatine; par contre l'encéphalite morbilleuse est importante en particulier dans les quartiers où la promiscuité est grande et les conditions socio-économiques difficiles. Or d'après les statistiques faites en EUROPE on y rencontre dans 40 à 60% des cas des désordres psychiques importants.

Signalons également que parmi ces 189 arriérés, 61 sont issus de mariage consanguins dont 43 sont issus de consanguins du premier degré et 18 de consanguins du deuxième degré.

Or L.S. PENROSE en confrontant les résultats établis à COLCHESTER avec celles que P.B.E. DUFF et K.W. DURGEE (1941) ont tiré de leurs observations à ORILLIA (CANADA), conclut que le taux de consanguinité est plus de 3 fois supérieur chez les parents d'arriérés que dans la population générale. A ALGER dans un travail effectué en 1967 par le Professeur Agrégé Kh. BENMILLOUD et le Docteur BAKIRI il a noté que sur 432 enfants issus de non consanguins 85 sont oligophrènes soit les 20%. Sur 299 enfants issus de consanguins, 91 sont oligophrènes soit 30%.

Quant à l'oligophrénie métabolique, les résultats sont insignifiants parce que dans le cadre d'une consultation il nous a été difficile de pratiquer systématiquement les dosages des corps organiques responsables ou de leurs métabolites.

Cependant en dehors de notre échantillon nous avons observé des enfants souffrant d'oligophrénie phénylpyrurique. Ils ont été vus tard; ils consultent essentiellement pour crises convulsives ou spasme en flexion; lorsque le diagnostic est fait par la réaction au perchlore de fer, le traitement que nous avons pu proposer dans le cadre de la consultation était dérisoire parce que vus tard le régime susceptible de les améliorer n'a plus d'effets et même vus tôt le contrôle du régime par le dosage du taux de phénylalanine dans le sang était impossible étant donné qu'aucun laboratoire d'ALGER ne pratique cet examen.

Nous avons également observé des maladies de HURLER ou mucopolysaccharidose qui nous ont été adressées par des confrères pédiatres pour test de niveau.

Ces malades consultent en pédiatrie à cause des affections somatiques associées (hépatosplénomégalie, malformation vertébrale, cardiopathies etc...). Il en est de même pour toutes les oligophrénies métaboliques qui s'associent à des troubles somatiques.

Nous avons également observé des régressions intellectuelles post-traumatiques. Signalons qu'on note à ALGER bon nombre de traumatismes crâniens chez les enfants, soit par chute d'étage, soit par accident de la circulation. Or le service de neurotraumatologie du Centre Hospitalo-Universitaire d'ALGER a rapporté une communication aux Journées Médicales Maghrébines de Mai 1967 portant sur 3600 consultants pour traumatisme crânien. Sur ces 3600, 1300 cas ont été jugés gravement traumatisés et ont été hospitalisés.

Sur ces 1300 cas hospitalisés, 62% selon leur statistique avaient moins de 15 ans.

En ce qui concerne le mongolisme, oligophrénie par aberration chromosomique, nous trouvons une proportion de 6% parmi les arriérations mentales tirées de notre échantillon.

Or dans les statistiques internationales il a été noté 10% parmi les arriérés par J.A. BOCK en SUEDE en 1953.

J. CONSTANTINIDIS dans une étude fondée sur 520 cas d'arriérations mentales examinées au service médico-pédagogique de GENEVE de 1951 à 1960 en a trouvé 5,6%.

Il nous est par contre difficile de chiffrer les autres aberrations chromosomiques qui ne présentent pas un tableau clinique aussi parlant que le mongolisme et demandent une exploration génétique, à savoir l'étude du caryotype.

Signalons cependant que parmi les oligophrènes pour lesquels nous n'avons pas d'étiologie, il en existe un bon nombre qui présentait des stigmates dégénératifs telles les dysmorphies cranio-faciales diverses ou autres dysmorphies somatiques. Ils pourraient relever d'une étiologie génétique et demandent donc à être explorés sur ce plan.

Enfin nous avons 56% d'arriérés pour lesquels nous n'avons pu déceler aucune étiologie, ce chiffre est proche de celui des statistiques mondiales qui varie entre 40 et 50%.

Signalons également que 10,24% d'arrières mentaux selon notre statistique souffrent en plus d'une épilepsie simple ou associée à des troubles du caractère et du comportement. Cette association pose des problèmes sociologiques, éducatifs et thérapeutiques particuliers. Le chiffre que nous trouvons est important vu que HALGREN et SJOGREN n'en signalent que 4,1%, AKESSON 7,6 ± 2,6%, aussi recherchons nous systématiquement cette association chez tout arriéré afin de la traiter et éviter qu'elle aggrave la déficience mentale.

2) Le taux des enfants souffrant de troubles du caractère et du comportement vient au second plan et représentent les 20,24% de nos consultants.

Il s'agit là d'enfants inadaptés, d'intelligence normale qui nécessitent une scolarisation spéciale (54,21% présentent des difficultés scolaires), une intervention médicopsychopédagogique et éducative adéquate qui leur assure une adaptation sociale normale.

Pour 61% de ces malades il s'agit de troubles du caractère et du comportement réactionnels à un milieu familial effectivement insatisfaisant. Nous avons exclu de ce groupe les enfants qui présentent des troubles importants de la relation ou déjà une évolution de la personnalité sur un type névrotique, ces derniers nécessitant en plus un traitement psychiatrique de type psychothérapique.

3) Concernant l'épilepsie nous retiendrons plusieurs points: d'abord les étiologies traumatiques (15% des cas) et infectieuse à type de méningite ou de méningoencéphalite (10% des cas). Ensuite bien traités, ces enfants souffrant d'épilepsie pure ne présentent pas à l'heure actuelle d'inadaptation scolaire puisque 73% des cas ne présentent pas de difficultés scolaires.

4) Quant aux troubles affectifs et troubles névrotiques si nos chiffres sont actuellement statistiquement insignifiants, ils subiront un accroissement notable dans les années à venir avec l'évolution déjà constatée des motifs de consultation.

5) Pour les troubles du langage, nos chiffres n'étant pas significatifs, nous ne pouvons en tirer des conclusions valables. Notons cependant que pour les rééducations du langage, nous avons souvent été handicapés à notre consultation par l'absence d'orthophoniste algérienne s'exprimant dans la langue nationale.

II/ APPROCHE ETIOLOGIQUE ET PATHOGENIQUE

Que devons nous retenir de l'étude analytique de cette consultation ?

(.) Que la pathologie infectieuse joue encore un rôle important dans la genèse de certaines affections pédo-psychiatriques. Elle est liée à l'insuffisance des moyens de lutte malgré les efforts consentis par le gouvernement et à la démographie galopante.

(..) Que les affections génétiques sont également importantes, certainement, pour l'Algérie.

(...) Que les traumatismes cranio-cérébraux sont à un taux malheureusement très important chez les enfants particulièrement en milieu urbain.

III/ APPROCHE SOCIO-CULTURELLE

Certaines affections pédopsychiatriques sont apparues directement liées au bouleversement social qui se produit actuellement dans les milieux urbains en particulier à ALGER. Il y a une diversité des modes de vie parmi les populations algériennes des villes liées à l'influence européenne de l'ère coloniale d'une part, l'évolution naturelle des idées que l'on rencontre dans les villes d'autre part et à l'afflux des populations rurales vers les villes, importante depuis l'indépendance de l'ALGERIE. C'est ainsi que certaines familles ont adopté le mode de vie industriel (vie en couple, réduction volontaire du nombre de naissances) mais la grande majorité des familles ont gardé le mode de vie traditionnel (vivent à plusieurs dans le même appartement et avec les moyens traditionnels de subsistance); ils rencontrent alors de grandes difficultés à s'intégrer dans les cités, les H.L.M., les lieux de travail. Le taux de natalité étant toujours maintenu à un niveau supérieur, les enfants sont souvent livrés à la rue à la merci des interéducations spontanées dont on connaît les dangers.

A côté de ces carences éducatives liées au nombre important d'enfants par famille, il y a souvent hyposcolarisation due également à la natalité si importante qu'elle dépasse vite les moyens mis en place, au désintérêt pour l'école de ces enfants qui découvrent la rue et la liberté enfin aux problèmes socio-familiaux, l'aide matérielle pour la famille étant rapidement sollicitée.

Un autre point socio-culturel nous paraît important à souligner car peut expliquer l'apparition de certaines affections, c'est l'endogamie fréquente comme nous l'avons vu dans notre pays. Dans une communication faite à la société de pédiatrie du CHU d'ALGER en 1967, le Professeur Agrégé Kh. BENMILLOUD et le Docteur H.F. BAKIRI rapportent qu'ils ont relevé dans les registres de l'état civil d'ALGER 150 mariages consanguins du premier degré sur 1000 et 250 sur 1000 des deuxième et troisième degrés.

Remarquons enfin que la tolérance des familles vis à vis du petit malade mental est telle que la moyenne d'âge de consultation de ces enfants se situe entre 7 et 11 ans quelle que soit l'affection présentée. Les enfants sont emmenés en consultation quand leurs troubles débordent largement le seuil de tolérance des parents et dans ces cas c'est pour les hospitaliser ou les placer qu'ils nous les présentent.

IV/ APPROCHE SOCIO-ECONOMIQUE

Les 78% de nos petits malades sont fils d'assurés sociaux, les 25% fils d'indigents dont 14% seulement bénéficient de l'aide de l'A.P.C. (Assemblée Populaire Communale) et 11% ne bénéficient d'aucune assistance économique. 10,4% de nos malades sont pris en charge par la famille. Les conditions de vie socio-économiques de nos petits malades sont en grande majorité difficiles comme l'illustre le tableau suivant :

TABLEAU XVIII (Profession des chefs de famille dont sont issus les enfants).

PROFESSION DU CHEF DE FAMILLE	NOMBRE ABSOLU	POURCENTAGE
Petits employés	122	29,7%
Sans profession	78	19%
Petits fonctionnaires	71	17,3%
Commerçants	30	7,3%
Artisans	18	4%
Journaliers	17	4%
Cadres	12	2,9%
Autres	45	12%
Pas de renseignements	17	4%

Nous voyons donc qu'il s'agit surtout de petits employés (ouvriers, employés de maisons ou d'administration) de petits fonctionnaires (agent de service..) à salaire faible mais qui bénéficient de la sécurité sociale.

V/ EVOLUTION PREVISIBLE DE CETTE PEDO-PSYCHIATRIE

Nous venons de tracer le profil général de la pédopsychiatrie à ALGER. Elle est susceptible d'évolution.

En effet, l'amélioration du niveau de vie des algérois, l'industrialisation, la limitation des naissances, l'accroissement des moyens de lutte contre les infections verront disparaître certains troubles. Mais la scolarisation, une meilleure information du public, l'urbanisation rendront les algérois plus exigeants en matière d'assistance. Ainsi les motifs de consultation évoluant, la demande n'en sera que plus importante.

L'étude analytique d'une consultation externe nous a permis de tracer le profil général de la pédopsychiatrie du grand ALGER. Les données que nous avons recueillies nous permettent de dire que l'assistance psychiatrique à l'enfance doit rentrer dans le cadre de l'assistance générale à l'enfance tant sur le plan médical, qu'économique, social et éducatif.

//) E U X I E M E //) A R T I E

=====

TABLEAU II. (Accroissement de la population du
Grand ALGER).

ANNE E	! NAISSANCES	! DECES	! ACCROISSEMENT
1963	! 4,84	! 0,96	! 3,87%
1964	! 4,65	! 0,62	! 4,03%
1965	! 5,16	! 0,73	! 4,42%
1966	! 5,76	! 0,7	! 5,05%

Or à cet accroissement naturel de la population il faudrait ajouter l'accroissement dû à l'afflux de l'exode rural.

Dans ces conditions et compte tenu du taux général de l'urbanisation en ALGERIE on peut estimer que dans une quinzaine d'années, la population du Grand ALGER aura doublé.

Nous recevons depuis 3 ans 2000 consultants par an, nous ne répondons pas à la demande. Avec les moyens actuels en matière de pédopsychiatrie et avec la montée en flèche de la population d'ALGER nous répondrons de moins en moins à la demande. La population s'accroît, les algériens s'instruisent, la population s'urbanise, les exigences en matière d'assistance iront en augmentant. C'est pourquoi il nous paraît utile de tirer les bases d'une assistance psychiatrique à l'enfance dans le Grand ALGER.

Nous définirons donc les possibilités de l'assistance psychiatrique pour ces 2000 enfants consultants de pédopsychiatrie avant de faire l'étude du planning proprement dit et de prévoir l'ordonnancement de l'assistance à long terme.

II) DEUXIEME CHAPITRE

L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

I/ INTRODUCTION

Selon M. MATHIS " la notion de santé mentale de l'enfance doit obéir à des critères dictés par le caractère extraordinairement dynamique, intensesment évolutif mais aussi très fragile du développement psychosomatique des premières années de la vie ".

Nous allons dans ce chapitre énoncer les modalités d'une assistance psychiatrique à l'enfance dans les conditions économiques idéales tant sur le plan préventif que curatif, qu'institutionnel. Nous allons ensuite définir les possibilités de l'assistance dans les conditions économiques actuelles.

II/ L'ASSISTANCE PEDOPSYCHIATRIQUE DANS LES MEILLEURES CONDITIONS ECONOMIQUES

(A) LE POINT DE VUE PREVENTIF

La prévention en matière de pédopsychiatrie doit se concevoir en plusieurs étapes.

1) La prévention de l'arriération mentale, affection la plus grave doit se manifester aux différentes étapes de la grossesse, de l'accouchement et de la première enfance.

Au moment de la conception

Par une éducation sanitaire des familles les mettant en garde contre les risques des mariages consanguins car en cas d'hérédité récessive les risques augmentent.

Il est actuellement, grâce aux méthodes d'exploration génétique, possible de limiter la fréquence de certaines aberrations chromosomiques en particulier l'oligophrénie mongolienne.

En effet il naît un mongolien sur 600, soit 1 sur 2000 chez la femme de 20 ans et 1 sur 50 chez la femme de 40 ans. D'où la nécessité d'éviter les naissances tardives, les risques de mongolisme étant accrus chez les enfants de femmes âgées.

On peut surtout prévenir les risques de récurrences pour quelques femmes. En effet, s'il est peu important dans les anomalies chromosomiques de nombre- (trisomie 21), il augmente jusqu'à 30% lorsqu'il y a anomalie de structure. C'est ainsi que dans la translocation 21-21, les enfants seront uniquement mongoliens, dans celle du type 21-13, 14, 15 le risque est de 1/3 (LEJEUNE).

En pratique, si une mère a eu un enfant mongolien, il faut rechercher le caryotype des parents et de l'enfant et rechercher les tendances aux translocations surtout chez la mère.

Au moment de la grossesse.

Dans un séminaire sur la prévention de lésions cérébrales anténatales et périnatales en 1964, LELONG a pu établir le moment du processus lésionnel de 235 encéphalopathies comme l'illustre le tableau suivant :

TABLEAU III. (Moment du processus lésionnel des
encephalopathies selon LELONG).

ORIGINE ANTENATALE	42%
Genopathies	16%
Embryo et foetopathies	24%
ORIGINE PERinataLE	35%
ORIGINE POST-NATALE	17%

D'où la nécessité de surveiller les grossesses. Les consultations prénatales devraient devenir obligatoires car c'est pendant la grossesse que les risques d'encéphalopathies sont les plus grands. Ces consultations permettraient de prévenir les embryopathies et les foetopathies par une lutte contre les agents tératogènes.

Il faut lutter contre les principales causes tératogènes connues actuellement telles les agents infectieux, les affections métaboliques, les affections gravidiques, les agents physiques et chimiques.

Parmi les agents infectieux il faut lutter essentiellement contre :

- la rubéole dont on connaît les malformations somatiques auxquelles est associée une arriération mentale. La lutte contre la rubéole doit commencer par un dépistage de l'immunité rubéolique dès l'examen prénuptial. En cas de contact rubéolique l'on procéda à l'injection de gamma globulaires à la femme enceinte intéressée. En fait l'idéal serait d'exposer systématiquement les fillettes à la maladie.

- La toxoplasmose fréquente semble-t-il en ALGERIE.

L'on pratique dès le premier mois de la grossesse une test cutané ou intradermique, s'il se révèle positif, cela signifie qu'il n'y a pas de danger pour l'enfant. S'il est négatif, des risques existent et il doit être répété au huitième mois. Si des signes de la maladie se manifestait il faut faire le traitement sans plus tarder par les sulfamides et la spiramycine.

- La syphilis par son dépistage biologique précoce et son traitement.

Parmi les affections métaboliques, il faut également rechercher au cours des consultations prénatales, le diabète, et les dysthyrécies.

Il faut également durant les consultations prénatales rechercher chez la femme enceinte, les signes de la toxémie gravidique et instituer rapidement un régime et un traitement à la moindre suspicion.

Contre les agents physiques et chimiques, il faut éviter toute prise de médicaments nocifs pour l'enfant. Il faut également éviter l'exposition aux rayons X ou autres rayonnements (à haute énergie) durant la grossesse.

au moment de l'accouchement

Il faut avant tout lutter contre les accidents obstétricaux. Ces accidents sont certainement importants dans notre pays où l'on continue à pratiquer l'accouchement traditionnel à la maison. Il nous paraît utile de mener une campagne de lutte contre ces pratiques, en expliquant les dangers, en rendant plus facile, plus accessible l'accès des maternités et des cliniques d'accouchement. Il est également nécessaire que toute clinique d'accouchement toute maternité soit équipée en matériel de réanimation permettant de donner les soins d'urgences aux nouveaux nés traumatisés, anoxiques.

Si les accouchements ont lieu en milieu médical, le dépistage des affections périnatales n'en sera que facilité comme c'est le cas de :

- la prématurité et post-maturité : en effet la prématurité en elle même a un effet important sur le développement intellectuel, d'où la nécessité d'une surveillance médicale post natale. De même la post maturité peut entraîner des désordres cérébraux par anoxie intrapartum.

- De l'incompatibilité sanguine foetomaternelle.
Elle survient lorsqu'il y a une incompatibilité foetomaternelle dans le système Rhésus habituellement mais également dans le système ABO.

Il faut faire un groupage à la femme, si son Rhésus est négatif et incompatible avec celui du mari, il faut l'adresser aux centres spécialisés où une recherche trimestrielle des agglutinines irrégulières est pratiquée. A la moindre suspicion il est possible d'établir le groupe de l'enfant et doser la bilirubine par ponction amniotique après 32 semaines.

La prévention dans les cas d'incompatibilité foetomaternelle dans le système Rhésus peut se faire simplement par injection à la femme Rhésus négatif des gamma globulines tirées de plasma contenant des anticorps anti D.

En cas de souffrance foetale il faut l'adresser dans un centre spécialisé pour transfusion foetale in utero. La prométhazine est prescrite pendant un à 2 mois et l'accouchement anticipé provoqué au 8ème mois. A la naissance on pratique une exsanguinotransfusion.

Le dépistage des troubles cérébraux précoces permet de donner à l'enfant le maximum de chances de guérison et de poursuivre son développement psychomoteur dans de meilleures conditions.

C'est ainsi qu'il est indispensable de surveiller durant la première année le développement psychomoteur de l'enfant, son développement staturopondéral, son développement cranien afin de dépister tôt certaines affections chirurgicalement curables ou améliorables comme les hydrocéphélies et les craniosténoses qui sont malheureusement toujours vues tard à ALGER au moment où l'arriération mentale s'est installée et où l'intervention chirurgicale est un pis aller.

Il est indispensable également de rechercher à la naissance certaines affections métaboliques qui si elles ne sont pas dépistées et traitées tôt donnent lieu à des désordres cérébraux irréversibles dont la traduction majeure est l'arriération mentale profonde. Nous voulons parler essentiellement des aminoacidopathies.

On les prévient en évitant avant tout ces naissances par la recherche des hétérozygotes, par l'épreuve de charge en phényl-alanine par exemple pour la phénylcétonurie et par la lutte contre les mariages consanguins, enfin en recherchant les acides aminés responsables ou leurs métabolites chez tous les nouveaux nés.

Il est moins coûteux d'examiner un million de nouveaux nés par an que d'éduquer 100 arriérés (le risque de la phénylcétonurie en FRANCE est de 1/10.000).

Comment faire le dépistage des principales aminoacidopathies et pour lesquels un traitement tôt institué donne les résultats les meilleurs.

Dans la phénylcétonurie on pratique :

- le test de GUTHRIE 3 à 10 jours après la naissance. Le test est basé sur l'activation des bacillus subtilus par quelques gouttes de sang prélevées sur papier filtre.

- Les tests urinaires au perchlorate de fer FOLLING ou au phénistix que l'on peut faire après un mois. Si les tests sont positifs il faut instituer dès le début le régime de BICKEL comprenant des hydrolysats de caséum sans phénylalanine et introduction progressive de lait, fruits et légumes. La durée de ce régime doit dépasser plusieurs années. Selon JUIF au-delà de 5 ans tout retard est irréversible. Quant à la leucinose ou maladie du sirop d'érable on la dépiste également par le test de GUTHRIE et on la traite par réduction de l'apport alimentaire en leucine et valine.

C'est également tôt qu'il faut lutter contre les troubles cérébraux acquis durant la petite enfance.

Il faut lutter avant tout contre les infections, en particulier les maladies éruptives. Parmi celles-là, celle qui est la plus dangereuse dans notre pays, est la rougeole comme nous l'avons signalé dans la première partie de ce présent travail. Il serait souhaitable de rendre la vaccination antimorbilleuse obligatoire au moins dans les quartiers pauvres où la malnutrition favorise l'installation de l'encéphalite morbilleuse.

Il faut lutter contre les infections en particulier les méningoencéphalites par institution précoce du traitement et surtout par la généralisation des vaccinations en particulier le BCG qui doit être fait de préférence à la naissance.

Nous avons vu combien les traumatismes du crâne sont fréquents à ALGER où les enfants trop nombreux sont souvent livrés à la rue. Il nous semble que la création de la notion de responsabilité civile obligerait les parents à une surveillance et une éducation plus efficace des enfants.

Enfin sachant que " la notion de santé mentale de l'enfance se centre sur la santé ment. des parents et que le groupe familial englobe tous ses membres dans une interaction telle qu'aucun d'eux ne peut se réaliser par lui seul...; C'est dans la dépendance et la sécurité par rapport au milieu éducatif que s'établit une santé mentale constamment remise en jeu "., l'hygiène mentale de l'enfance dépend de l'hygiène mentale familiale.

Une éducation des masses par le biais de la presse, de la radiofiffusion et télévision est nécessaire pour expliquer le rôle essentiel des parents dans le développement affectif de l'enfant, ce qui permettrait de prévenir bien des troubles réactionnels à des carences et erreurs éducatives et expliquerait la nécessité de limiter les naissances.

L'hygiène mentale de l'enfant dépend également de l'hygiène mentale sociale, par l'amélioration des conditions de vie des familles, surtout par la lutte contre les méfaits de la rue en créant des foyers susceptibles d'accueillir ces enfants.

(B) LE POINT DE VUE DIAGNOSTIQUE

Nous avons dans la première partie exposé les difficultés que nous avons rencontrées à poser un diagnostic étiologique ou étiopathogénique de certaines affections.

Nous pensons qu'avec l'ouverture très prochaine du service d'hospitalisation de psychiatrie infantile, qui vient d'être créé, annexe de la Clinique Psychiatrique DRID HOCINE) la possibilité de mettre en observation certains enfants, la possibilité de mieux les explorer résoudront en partie ces problèmes de diagnostic.

Nous pensons également qu'avec la création de ce centre de recherche, nous approcherons mieux les particularités de la pédopsychiatrie en ALGERIE.

Il est indéniable également que la création de laboratoires spécialisés en cytogénétique ou en recherches biochimiques nous permettrait une meilleure approche de l'étiopathogénie des affections psychiatriques en général.

Enfin des recherches permettant l'étallonnage en ALGERIE des tests psychologiques de niveau et de personnalité permettraient une réalisation plus précoce et plus fidèle du diagnostic de certaines affections en pédopsychiatrie, et rendraient le dépistage des maladies mentales dans les collectivités plus réalisables.

(C) LE POINT DE VUE CLINIQUE

La psychiatrie infantile au même titre que la psychiatrie adulte a tiré un énorme profit de l'introduction de la chimiothérapie.

Ces traitements peuvent être prescrits soit à titre ambulatoire notamment pour les épilepsies, certains états dépressifs, troubles névrotiques, troubles du caractère, troubles pré-psychotiques, soit en milieu hospitalier si l'état du malade nécessite une surveillance plus stricte comme c'est le cas des enfants souffrant de psychoses, états dépressifs, troubles névrotiques graves ou d'états d'urgence psychiatriques.

Complétant la chimiothérapie d'autres mesures thérapeutiques peuvent être indispensables telles que psychothérapies, les rééducations du langage oral ou écrit et de la psychomotricité.

(D) LE POINT DE VUE INSTITUTIONNEL

Il arrive que ces mesures thérapeutiques qui peuvent être appliquées à titre ambulatoire soient insuffisantes et un placement de l'enfant en institut ou centre médico-pédagogique s'avère nécessaire comme c'est le cas des enfants souffrant d'arriération mentale, de ceux souffrant de troubles du caractère et du comportement réactionnels ou de troubles affectifs, d'un autre type ou encore de troubles névrotiques et chez lesquels on note de grandes difficultés scolaires.

C'est ainsi que si l'on considère qu'il faut un institut médico-pédagogique pour chaque catégorie de malades, que chaque institut peut comprendre 6 groupes de 10 enfants au maximum, l'on pourrait calculer en fonction des résultats statistiques que nous avons obtenu le nombre et le type des instituts médico-pédagogiques susceptibles de prendre en charge ces malades.

Près de 44% des arriérés mentaux vus à notre consultation sont des débiles mentaux légers parfaitement adaptables. Ils se chiffrent en valeur absolue à 400 en moyenne sur 2000. Ce qui nous amènerait à évaluer à 7 le nombre d'instituts médico-pédagogiques susceptibles de les accueillir.

Les 32% sont des débiles moyens qui peuvent également tirer profit d'un enseignement spécial. Ils représentent en valeur absolue un chiffre de 300. Il faudrait prévoir 5 centres spécialisés pour ce type d'arriération.

Enfin les 24% sont des oligophrènes profonds qui, s'ils ne peuvent pas bénéficier d'un enseignement, peuvent toujours espérer une amélioration par des méthodes de rééducation appropriées. Ils se chiffrent en valeur absolue à 226 en moyenne qui devraient être répartis entre 3 instituts spécialisés.

Les 54,21% des enfants souffrant de troubles du caractère et du comportement réactionnels et qui sont d'intelligence normale doivent être placés en institut appropriée. Ils se chiffrent en valeur absolue à 218 sur 2000

consultants. Le nombre d'instituts médico-pédagogiques susceptibles de les accueillir serait de 4 environ.

Quant aux enfants souffrant de troubles affectifs ou troubles névrotiques, ils se chiffrent annuellement à 160 et peuvent être répartis en deux centres.

Nous avons vu quelles étaient les mesures préventives, curatives, institutionnelles qui étaient susceptibles d'être prises. Toutes ces mesures pour être appliquées nécessitent l'existence d'une infrastructure, d'un équipement sanitaire adéquat ce que nous étudions dans le chapitre suivant.

(E) LE POINT DE VUE DE L'EQUIPEMENT

La prévention peut se faire au niveau des centres de protection maternelle et infantile pour ce qui est de la surveillance médicale de la femme enceinte, du nouveau-né. C'est également là que peut se faire l'éducation sanitaire de la future maman, de la maman et que l'on peut faire le dépistage de certaines affections cérébrales précoces. C'est dans ces centres que se pratiquent les vaccinations.

C'est dans les maternités que peuvent être prévenues les affections en cours de grossesse (foetopathies et embryopathies), les accidents obstétricaux les conséquences de l'incompatibilité foetomaternelle et également là que l'on doit faire le dépistage précoce des affections génétiques et dysmétaboliques.

Les consultations de pédiatrie doivent également permettre, le dépistage de bon nombre d'affections pédopsychiatriques, de même qu'au niveau des dispensaires.

Le dépistage de certaines ~~dé~~ abilités mentales, troubles du caractère, difficultés d'adaptation scolaire devrait être fait par le médecin d'hygiène scolaire qui sera en relation avec le service de pédopsychiatrie où un complément d'examen peut être demandé et des mesures prises.

Quant au diagnostic et aux décisions thérapeutiques en matière de pédopsychiatrie elles se pratiqueraient au niveau des consultations et des services intéressés qui restent en contact avec tous les centres cités plus haut. C'est au niveau du service de psychiatrie infantile que l'on prend les décisions de placement de certains enfants dans les centres médico-pédagogiques dont ils relèvent en fonction de leur état.

Nous pouvons schématiser comme suit l'infrastructure sanitaire nécessaire à l'assistance de ces enfants.

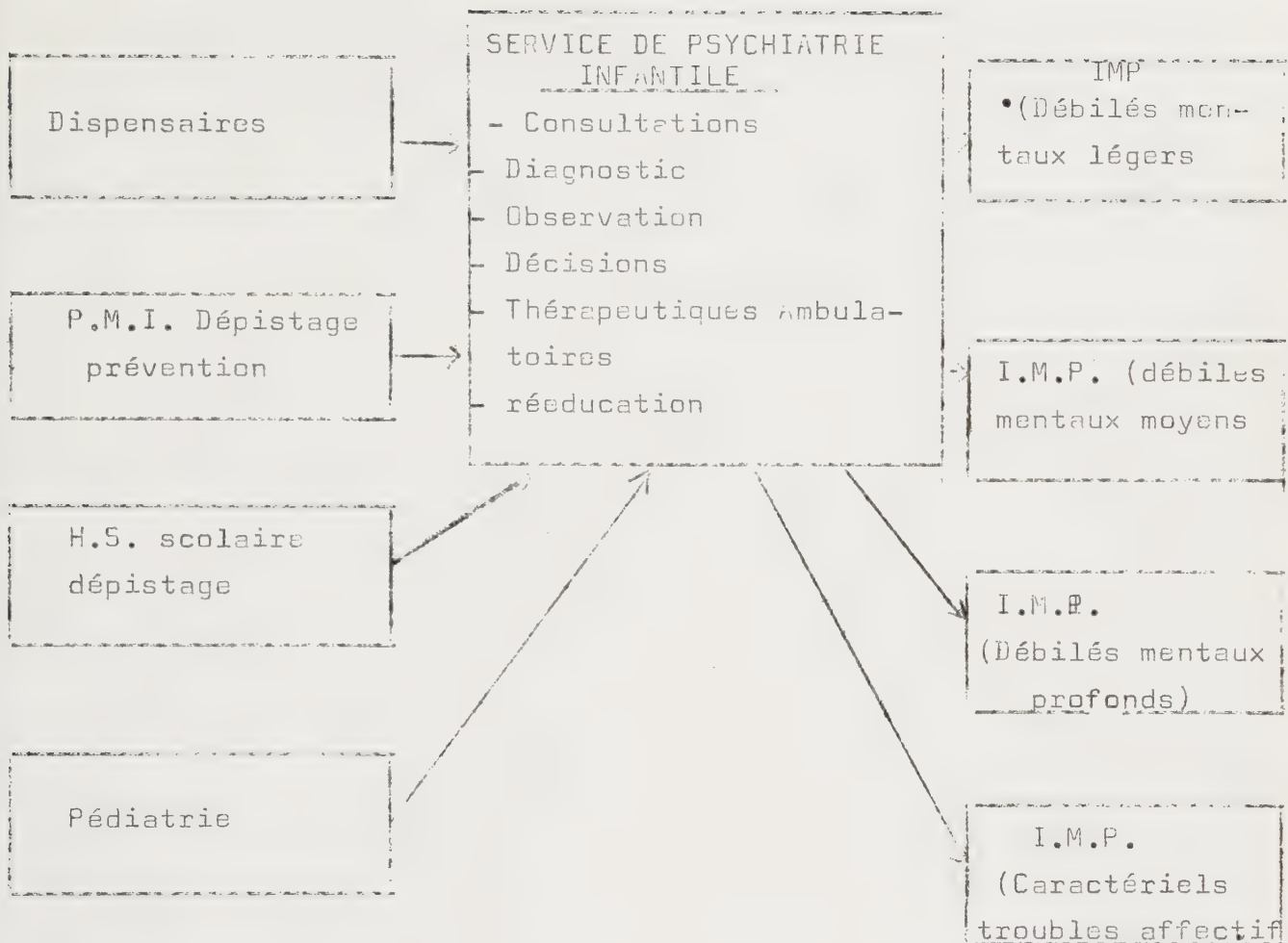


Schéma : infrastructure sanitaire dans les meilleures conditions économiques

H.S. : Hygiène scolaire

PMI. : Protection maternelle infantile

IMP. : Institut médico-pédagogique.

Toutes ces mesures thérapeutiques spéciales et institutionnelles ne peuvent être appliquées que grâce à un personnel spécialisé.

(F) LE POINT DE VUE DE LA FORMATION DU PERSONNEL

Si à l'heure actuelle nous ne répondons pas à toute la demande en matière de psychiatrie infantile, c'est parceque également nous sommes handicapés par l'absence de personnel en nombre suffisant.

Une planification de l'assistance psychiatrique telle que nous l'avons définie plus loin ne peut se concevoir que si un personnel spécialisé est formé.

C'est ainsi qu'il faudrait former :

- 1.) des médecins psychiatres
- 2.) des infirmières spécialisées
- 3.) des psychologues
- 4.) des auxiliaires médicaux en pédagogiques tels :
 - .. les orthophonistes
 - .. les rééducateurs de la psychomotricité
 - .. les pédagogues spécialisés dans les troubles de l'apprentissage scolaire (dyslexie-dyscalculie-dysgraphie).
 - .. Les psychothérapeutes.
- 5.) des éducateurs spécialisés qui ont la charge des enfants institutionnalisés en dehors des heures de classes.

C'est l'éducateur qui est chargé de l'application pratique des indications données par le médecin, le psychologue ou le rééducateur, c'est sur lui que reposera la rééducation dans et par le groupe, qui aura la responsabilité de la maturation affective de l'enfant.

- 6) - enfin des assistantes sociales en nombre suffisant.

Nous venons de décrire les modalités pratiques d'une assistance psychiatrique à l'enfance.

Il est indéniable qu'à l'heure actuelle l'ALGERIE pays jeune en butte à de nombreux problèmes, doit tenir compte des priorités. C'est ainsi que nous pensons que dans les conditions économiques actuelles, la création d'une infrastructure sanitaire aussi spécialisée n'est pas réalisable mais il y a des possibilités de concevoir une assistance psychiatrique à l'enfance à peu de frais. C'est ce que nous allons définir dans le prochain chapitre.

III/ POSSIBILITES DE L'ASSISTANCE DANS LES CONDITIONS ECONOMIQUES ACTUELLES

(A) LE POINT DE VUE PREVENTIF

Depuis l'indépendance de l'ALGERIE, l'état consent une grande partie du budget à la prévention dans le domaine de la santé. Il est beaucoup moins coûteux de prévenir les maladies mentales chez l'enfant que de les traiter

et les rééduquer. C'est ainsi que nous pensons que doivent être incluses dans le programme des préventions en matière de santé publique certaines mesures nécessaires en podopsychiatrie.

Si à l'heure actuelle il est impossible de faire une exploration systématique du caryotype, il est par contre possible de limiter l'apparition d'affections d'origine génétiques, ou dysmétaboliques ou par aberrations chromosomiques par plusieurs mesures.

Deux mesures sociales visant à la limitation des naissances en particulier des naissances tardives (nous avons vu qu'il naît un enfant mongolien sur 50 chez la femme de 40 ans contre un sur 2000 chez la femme de 20 ans) et à la mise en garde contre les mariages consanguins par une meilleure information de la population.

Des mesures médicales par le dépistage précoce de ces affections graves notamment des affections curables comme c'est le cas de l'oligophrénie phényl pyurique. Nous pensons que la réaction au perchlorure de fer, de manipulation facile peut être pratiquée sans grands frais, systématiquement chez tous les nouveaux nés.

La lutte contre certaines infections graves par leurs effets tératogènes doit être menée de pair avec la lutte déjà entreprise en ALGERIE contre certains fléaux tels le paludisme et la tuberculose. C'est ainsi que des recherches épidémiologiques concernant la rubéole, la toxoplasmose, doivent être entreprises afin de définir un programme de lutte contre ces mal diés.

Si on lutte contre les infections survenant chez la femme enceinte, il faut également lutter contre les infections des nouveau-nés et des enfants.

Depuis la généralisation de la vaccination par le BCG dans les collectivités on a vu diminué le taux de **méningites** tuberculeuses chez l'enfant. C'est pourquoi nous pensons que la vaccination contre la rougeole dont nous avons vu les complications, devrait devenir obligatoire au moins chez les nourrissons malnutris.

(B) LE POINT DE VUE DIAGNOSTIQUE

Nous pensons qu'à l'heure actuelle avec la création du service de psychiatrie infantile nos problèmes diagnostiques seraient en partie résolus comme nous l'avons exposé dans le chapitre précédent.

(C) LES POINTS DE VUE CURATIF ET INSTITUTIONNEL

Si sur le plan curatif également grâce à la création du service de psychiatrie infantile et à l'importance de la place occupée par la chimiothérapie dans l'arsenal thérapeutique, nous serons en meilleure position que durant ces dernières années par contre sur le plan institutionnel nous serons complètement démunis.

Il est naturellement impossible que le budget de la santé publique puisse être investi dans la création d'instituts médico-pédagogiques. Nous avons vu qu'il en faudrait pour une population de 2000 malades une vingtaine, ce qui est

énorme. Mais d'autre part nous avons vu que les 78% de nos malades étaient des assurés sociaux.

Pouvons-nous espérer que les caisses de sécurité sociale en particulier la CASORAL et la CAMPSF se penchent sur ce problème et aident à la création de quelques centres spécialisés ? Quant aux débilés mentaux légers, ils sont un nombre important (400 sur 2000). Ils sont tous scolarisés, ils encombre les classes car nous ne les voyons qu'au bout de deux même trois à quatre années de scolarisation sans grands succès. Surtout ils sont récupérables grâce à un enseignement spécial.

Nous pensons qu'il serait parfaitement réalisable de concevoir dans chaque école communale une classe de perfectionnement où seraient pris en charge ces enfants. Signalons que cette mesure a déjà été prise à ORAN où il a été créé plusieurs classes de perfectionnement qui accueillent les débilés mentaux légers.

La présence d'un enfant arriéré profond dans une famille est un drame surtout quand les conditions économiques sont mauvaises et la natalité importante. Nous en avons dénombré 226 en moyenne sur 2000.

La création d'un hôpital de jour où les malades peuvent être pris en charge dans la journée par un personnel spécialisé permettrait de venir en aide à ces familles de façon efficace.

Enfin, il nous paraît nécessaire de prévoir l'extension du centre médico-pédagogique " Salim et Salima " qui existe à DOUERA et qui accueille des enfants d'intelligence normale et souffrant de troubles du caractère et du comportement réactionnels. Il a actuellement une capacité de 40 lits, selon notre statistique il faudrait quatre centres médico-pédagogiques de ce type pouvant recevoir chacun 60 enfants de 6 à 13 ans.

(D) LE POINT DE VUE DE L'EQUIPEMENT

Avec les conditions économiques actuelles, il est donc possible de concevoir une assistance psychiatrique à l'enfance efficace avec des moyens peu coûteux.

Le service de psychiatrie infantile où les diagnostics peuvent être posés, les décisions thérapeutiques et institutionnelles prises, doit être en relation avec les centres de PMI existants dans le Grand ALGER, les médecins d'hygiène scolaire, les consultations de pédiatrie qui aident au dépistage des malades. Il doit également être en relation avec les dispensaires du secteur géographique de l'enfant pour les traitements longs en particulier de l'épilepsie. C'est encore lui qui pose l'indication de placement des enfants soit en classe de perfectionnement, soit en hôpital de jour, soit au centre médico-pédagogique approprié à leur cas.

Nous pouvons donc schématiser comme suit l'infrastructure sanitaire existante ou réalisable pour l'assistance de ces enfants.

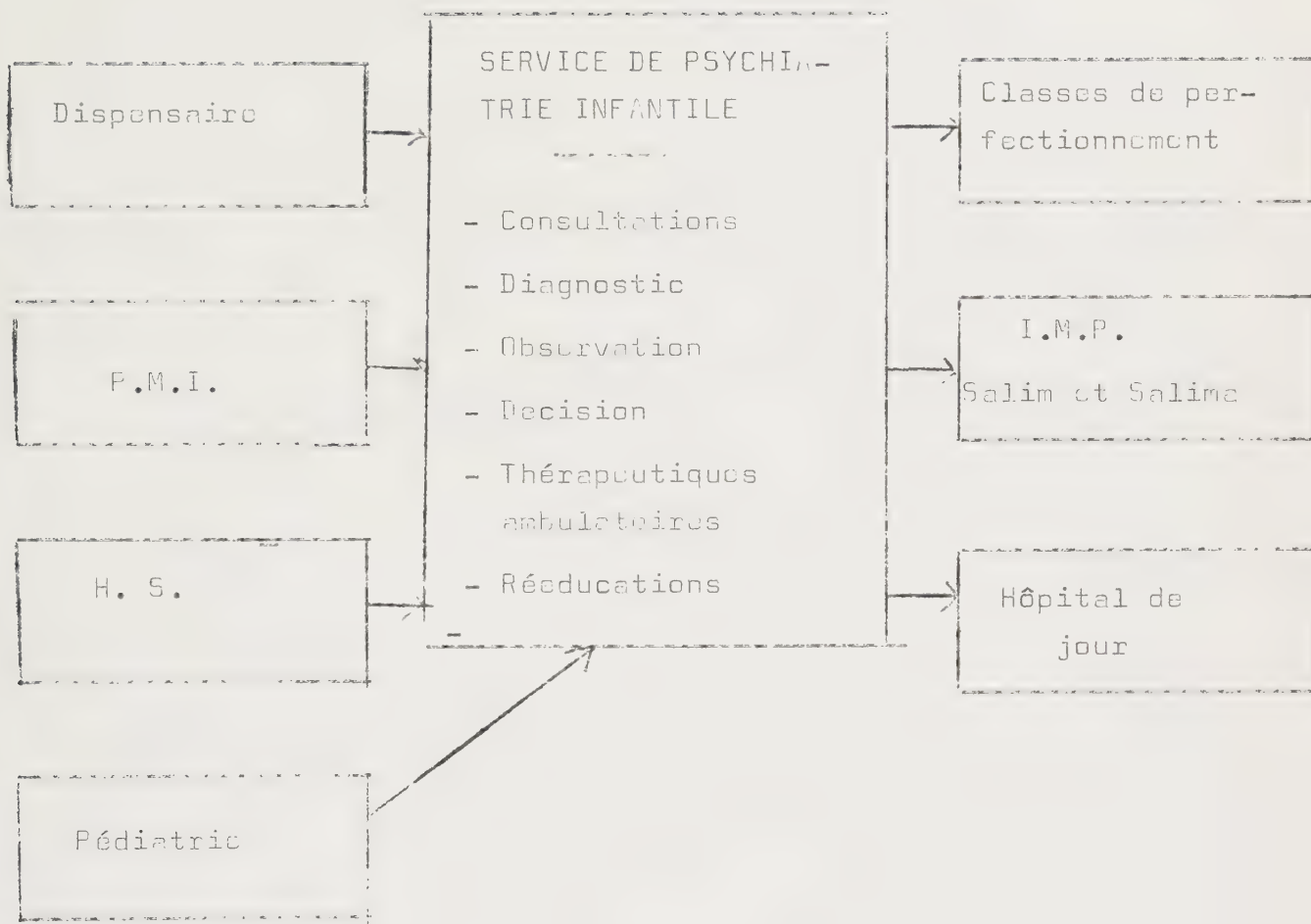


Schéma : (infrastructure sanitaire nécessaire à l'assistance psychiatrique à l'enfance et réalisable dans les conditions économiques actuelles).

(E) LE POINT DE VUE SOCIO-CULTUREL

Sur ce plan et au risque de nous répéter nous devons insister sur deux postulats :

- en premier lieu sur la limitation des naissances qui nous paraît nécessaire pour plusieurs points :

. les conditions économiques auraient davantage de chance de s'améliorer,

. les problèmes affectifs, les carences éducatives seraient limitées, les parents devenant davantage disponible quand le nombre des enfants est restreint,

. la scolarisation serait moins limitée et l'école soustrairait à la rue tous ces enfants.

. L'assistance psychiatrique serait plus facilement réalisable.

- En second lieu, sur la nécessité de la lutte contre la pratique de l'endogamie fréquente semble t-il en ALGERIE car :

. nous en avons vu les risques essentiellement en cas d'hérédité recessive.

. D'autre part l'absence de l'endogamie permettrait une meilleure ouverture du groupe et l'instauration d'une meilleure hygiène sociale.

Nous venons d'étudier et de tirer les bases d'une assistance psychiatrique possible pour 2000 petits malades vus à la consultation de psychiatrie infantile du CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE D'ALGER durant une année. Ce chiffre de 2000 malades n'est pas représentatif de la morbidité pédopsychiatrique du Grand ALGER qui est bien plus important. C'est pourquoi nous tenterons dans le chapitre suivant de prévoir le développement de cette pédopsychiatrie en fonction de l'accroissement de la population et en partant du chiffre théorique de 2% qui est le taux moyen de morbidité pédopsychiatrique dans les pays déjà développés.

TROISIEME CHAPITRE

PLANIFICATION DE L'ASSISTANCE SUR 15 ANS

I/ INTRODUCTION

Aucune étude épidémiologique relative au taux de morbidité pédopsychiatrique dans le Grand ALGER n'ayant été faite, nous prendrons le chiffre théorique de 2% qui est le taux moyen retenu par les auteurs des pays déjà développés en milieu urbain.

Nos malades sont tous habitants du Grand ALGER dont la population est actuellement de 1.200.000 habitants avec un taux d'accroissement de 5% de la population d'ALGER comme nous l'avons montré dans le rappel sur la démographie du grand ALGER.

Nous allons donc dans ce chapitre déterminer le développement à apporter à l'équipement sanitaire, au personnel, aux institutions médico-pédagogiques et au budget, en fonction de l'accroissement de la population.

On peut supposer en effet que le taux de morbidité reste invariable. Les moyens de lutte, les mesures préventives sont contre-balancées par l'évolution des motifs de consultation, la baisse de la tolérance familiale due à l'urbanisation et donc à l'augmentation de la demande.

II/ PREVISIONS SUR 15 ANS

(°) Population - morbidité

Les 47% de la population du Grand ALGER sont âgés de moins de 15 ans. Pour une population de 1.200.000 habitants nous avons donc 554.000 individus âgés de moins de 15 ans.

Si nous calculons donc le chiffre théorique annuel de malades en 1970 en fonction de la population des enfants de la naissance à 15 ans nous trouvons le chiffre

Ce chiffre pourrait subir une évolution en fonction de la population si nous en calculons l'accroissement en 15 ans sur la base d'un taux d'accroissement de la population d'ALGER de 5%.

C'est ce qu'illustre le tableau suivant :

TABLEAU IV. (accroissement de la morbidité pédo-psychiatrique en fonction de l'accroissement de la population du Grand ALGER en 15 ans).

A N N E E S	1970	1985
Habitants	1.200.000	2.400.000
Morbidité	11.280	22.560

(°) Equipement sanitaire

Nous voyons donc que pour la seule wilaya d'ALGER il faudrait prévoir en pédopsychiatrie 5 secteurs sanitaires comprenant chacun une infrastructure telle que nous l'avons schématisée dans le 2ème chapitre de la 1ère partie de ce présent travail. Chaque secteur sanitaire devant être susceptible d'accueillir et de prendre en charge chacun 2000 malades tant sur le plan du diagnostic, que thérapeutique et institutionnel.

(°) Le personnel

Le développement du personnel médical et paramédical doit suivre le développement de l'équipement sanitaire.

III/ C O N C L U S I O N S

Face à l'importance de ces chiffres il est logique de comprendre que cette planification est difficilement applicable dans un pays jeune comme l'ALGERIE. Mais cette étude, ces chiffres nous permettent d'affirmer que certaines mesures peuvent et doivent déjà être prises. Nous voulons parler de la limitation des naissances, la prévention de certaines maladies infectieuses encore fréquentes, la formation du personnel médical, paramédical, spécialisé en rééducation diverses et en psychologie de l'enfant.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude qui est loin d'être complète mais qui représente l'introduction aux recherches en pédopsychiatrie tant sur le plan du diagnostic, de la thérapeutique que de l'hygiène mentale, nous pourrions retenir les conclusions suivantes :

(1) Le taux de morbidité pédopsychiatrique est important en milieu urbain. Les caractères particuliers des affections psychiatriques qui, si elles n'engagent pas le pronostic vital, compromettent gravement l'adaptation sociale de l'enfant. Ces deux facteurs doivent faire que l'assistance psychiatrique à l'enfance occupe désormais la place qui lui revient dans l'assistance consentie à l'enfance en général.

(2) Certaines affections en pédopsychiatrie sont étroitement liées aux conditions socioéconomiques et socio-culturelles du pays et donc suivront dans les années à venir l'évolution de ces mêmes conditions. Ainsi avec l'amélioration du niveau de vie, l'industrialisation du pays, l'accroissement de l'urbanisation, l'éclatement des structures familiales traditionnelles seront autant de facteurs d'augmentation de la demande en matière d'assistance psychiatrique infantile.

L'assistance psychiatrique à l'enfance qui apparaît donc une impérieuse nécessité actuellement, le sera davantage dans l'avenir.

(3) L'assistance psychiatrique à l'enfance doit accorder la première place à la prévention qui est toujours efficace et la moins coûteuse.

C'est ainsi qu'il nous apparaît impérieux de prendre plusieurs mesures préventives. Il faut :

- lutter contre les ombryopathies et les foetopathies par la suppression des agents tératogènes notamment les agents infectieux.

- Lutter contre les accidents périnataux par une meilleure surveillance de l'accouchement.

- Lutter contre les infections en particulier de la première enfance par une généralisation des vaccinations. En plus des vaccinations contre la coqueluche, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la tuberculose, la variole, obligatoires en ALGERIE, il nous apparaît nécessaire de généraliser et de rendre obligatoire la vaccination contre la rougeole au moins dans les quartiers pauvres où règne la promiscuité et la malnutrition.

- Il faut détecter précocément les affections dont la curabilité dépend de la rapidité de l'intervention thérapeutique. Nous voulons parler essentiellement des aminoacidopathies telles la phénylcétonurie, et de certaines affections chirurgicalement curables.

- Il est possible de limiter le taux de certaines affections génétiques liées à la pratique de l'endogamie fréquente dans notre pays, par une meilleure information de la population contre les risques des mariages consanguins.

- En fait la prévention ne peut être efficace que si elle est basée sur des recherches épidémiologiques précises et concernant tout le pays. C'est là le rôle du bureau d'hygiène mentale qui doit comprendre dans son département une section chargée des problèmes de psychiatrie infantile.

(4) Il ne peut y avoir d'assistance psychiatrique à l'enfance sans un personnel spécialisé suffisant. C'est pourquoi actuellement tous les efforts doivent être axés sur la formation du personnel médical et paramédical ainsi que du personnel spécialisé en rééducation et en psychologie infantile.

(5) Enfin avec la limitation des naissances on peut espérer que l'assistance psychiatrique à l'enfance serait plus réalisable.

 I B L I O G R A P H I E

(1) AJURIAGUERRA (J.De).

Manuel de psychiatrie de l'enfant.
Masson Edit. Paris 1970.

(2) BERGER (G.).

Caractère et personnalité.
P.U.F. Edit Paris 1967.

(3) BLUMENFELD (S.) et Coll.

Déterminations psychologiques dans les troubles
du comportement causés par des fautes parti-
culières d'éducation.
Revue de Neuropsychiatrie infantile 1970,3,
259-263.

(4) CANONNE (F).

Etude médico sociale et psychopédagogique
de 50 enfants algériens demeurant dans un
bidonville.
Revue de Neuropsychiatrie infantile 1969,3,153

(5) CAMBON..

Bulletin de psychologie XX, 18-19.

(6) CARTON (Mme) et Coll.

Enquête sur le devenir de 100 enfants débilés
légers hospitalisés dans un institut médico
pédagogique annexe à un hôpital psychiatrique..
Revue de Neuropsychiatrie infantile 1969,3,129

(7) CHAVANY (J.A.).

Epilepsie. Etude clinique, diagnostique,
physiopathogénique et thérapeutique.
Masson et Cie. Edit. Paris 1958.

(8) CONSTANTINIDIS (J.)..

Les facteurs héréditaires dans le dévelop-
pement des arriérations mentales.
Psychiatrie de l'enfant. 1962. 5/1, 1-42.

(9) COMPTES RENDUS D'UN CONGRES de l'UNAR. MARSEILLE 1961.

Aspects de la prévention et du dépistage des
inadaptés.

(10) COMMISSARIAT NATIONAL AU RECENSEMENT : 1967.

Recensement général de la population. ALGERIE
1966.

(11) DANOM-BOILEAU (H.R.)..

Contribution à l'étude des séquelles neuro-
psychiques de la méningite tuberculeuse de
l'enfant.
Travail de la Clinique Psychiatrique Infantile,
Hôpital des enfants malades. 1953.

(12) DUCHE (D.L.)..

La carence de l'image paternelle.
Sauvegarde de l'Enfance, 1965, 20/4, 350-355.

(13) DUGAS (M.) et Coll..

Les facteurs péri et post nataux de la débi-
lité mentale.
Revue du Praticien, 1966, 2333-2340.

(14) DUTOIT-DESREUMAUX et Coll..

Le devenir socio-professionnel des débiles
moyens.
Revue de neuropsychiatrie infantile, 1970, 9,
679-685.

(15) Etudes et recherches de psychiatrie infantile..

L'équipe de Psychiatrie infantile et son
psychiatre.
Privat. édit. 1967.

(16) FAVERGE (J.M.)..

Méthodes de statistiques en psychologie
appliquée.

(17) FLAVIGNY (H.)..

Rôle du père dans les troubles psychopathologiques de l'enfant: conclusions.
Revue de neuropsychiatrie infantile, 1965, 13, 769-770.

(18) FREUD (A.)..

Le moi et les mécanismes de défense.
P.U.F. Edit. Paris 1949.

(19) FREZAL (J.) et Coll..

La prévention et le traitement des encéphalopathies métaboliques.
Revue de neuropsychiatrie infantile 1967, 15, 4/5, 319-324.

(20) GASTAUT (H.)..

Epilepsies. Encyclopédie médico-chirurgicale (Neurol.) 1963, Vol 1, 17045 A10, 1-18.

(21) HEUYER (G.)..

Les démences infantiles.
Arch. Neurol. 1934, 12, 521-560.

(22) HEUYER (G.)..

Aspects psychiatriques des encéphalopathies infantiles.
Revue de neuropsychiatrie infantile 1955, 3, 7-8

(23) HEUYER (G.). et Coll..

La schizophrénie infantile.
Annales médico-psychologiques. 1951, 109, 611-616

(24) ISAMBERT (A.)..

L'éducation des parents.
PUF édit. 1960.

(25) JUIF (J.G.) et Coll..

La diététique de la phénylcétonurie
Strasbourg Médical 1967, 18, 7, 633-645.

(26) KOHLER (C.)..

Les déficiences intellectuelles chez l'enfant.
P.U.F. édit. Paris 1968.

(27) KOUPERNIK (C.)..

Quelques considérations sur les séquelles
neuropsychiques du traumatisme crânien chez
l'enfant.
Revue de neuropsychiatrie infantile 1962,10/11-
12, 617-628.

(28) LAFON (R.)..

Vocabulaire de psychopédagogie et de psychia-
trie de l'enfant.
P.U.F. édit. Paris 1969.

(29) LAFON (R.)..

Psychopédagogie médico-sociale P.U.F.

(30) LANG (J.L.)..

L'enfance inadaptée; problème médico-social.
coll" *paideia* " PUF édit. Paris 1968.

(31) LEBOVICI (S.) et Coll.

Les centres de guidance infantile. O.M.S.
édit. GENEVE 1958.

(32) LEBOVICI (S.)..

La prévention en santé mentale chez l'enfant.
Psychiatrie de l'enfant 1959, 2,1,197-226.

(33) LEJEUNE et coll..

Les chromosomes humains en culture de tissu.
C.R. acad.scientifique. Paris 1959,248,602-603.

(34) LELONG (M.) et DEBRE (R.)..

Pédiatrie.
Flammarion édit. Paris 1952.

(35) LAUNAY (cl.)..

Le rôle des parents dans la génèse des maladies mentales chez l'enfant.

Hygiène mentale 1959, 48/5, 233-253.

(36) MALE (P.)..

Les névroses infantiles.

Revue de neuropsychiatrie infantile 1966,14, 643-649.

(37) MATHIS (M.)..

Les problèmes éducatifs au sein de la famille.
Saint Luc, 1962, 68,10,410-424.

(38) MATHIS (M.)..

Le rôle du médecin dans l'aide éducative aux parents.

Revue de neuropsychiatrie infantile 1965,581-585.

(39) MISSON (J.)..

Conception d'une école d'enseignement spéciale pour débilés mentaux légers et moyens (cadre architectural et pédagogique)

Revue de Neuropsychiatrie infantile 1970,9, 687-712.

40) MIDENET (M.) et coll..

Etude cytogénétique de lapopulation d'un établissement recevant des enfants arriérés mentaux profonds. Confrontation avec les données de l'examen psychiatrique.

Revue de Neuropsychiatrie infantile 1970,3, 249-258.

(41) MOZZICONACCI (P.) et Coll..

Les maladies métaboliques des acides aminés avec arriérations mentales.

Expansion édit. Paris 1968.

(42) PASSOUANT (P.) et Coll..

Epilepsie et maturation cérébrale.
Rapport du XVIIe Congrès de l'Association des
Pédiatres de langue française.
Montpellier 12-14 oct. 1959.

(43) PENROSE (L.S.)..

The biology of mental defect. 3rd ed. Sidgwick
and Jackson. LONDON 1963.

(44) POROT (M.)..

L'enfant et les relations familiales
P.U.F., Paris 1959.

(45) REUCHLIN (M.)..;

Bulletin de psychologie (XIII), 7.

(46) SELIGMAN (F.)..

Séquelles psychiques des traumatismes crâniens
acquis de l'enfance.
Thèse Méd. Paris, 694-, 1963.

(47) TROUBLES DU COMPORTEMENT DES ENFANTS EPILEPTIQUES..

Revue de Neuropsychiatrie infantile 1970, 7-8.

(48) ZAZZO (R.)..

Une recherche d'équipe sur la débilité mentale
Enfance, 1960, 4-5, 335-364.

TITRE DE LA THÈSE

PAGES :

INTRODUCTION	1
<u>PREMIERE PARTIE</u>	4
- PREMIER CHAPITRE = Etude analytique.....	5
- DEUXIEME CHAPITRE = Profil de la Pado psychiatric.....	38
<u>DEUXIEME PARTIE</u>	50
- PREMIER CHAPITRE = Démographie	51
- DEUXIEME CHAPITRE = Assistance psychiatrique pour 2000 enfants.....	55
- TROISIEME CHAPITRE = Planification de l'assistance sur 15 ans...	79
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	83
BIBLIOGRAPHIE.....	86

